Financement et organisation des services de santé et des services sociaux

SANTÉ AU QUÉBEC:

quelques

indicateurs

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

103-02832/

SANTÉ AU QUÉBEC:
quelques
indicateurs

juin 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36211-X

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

LES DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ PAR RAPPORT À UN CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET À UN PORTRAIT DE SANTÉ QUI ÉVOLUE 1

LA DIMENSION DÉMOGRAPHIQUE 2

L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION 2

L'accentuation du vieillissement de la population 2

La réduction du nombre et du poids démographique des jeunes 3

La proportion de jeunes et d'aînés varie selon les régions 3

LA FÉCONDITÉ 5

La fécondité des Québécoises toujours à la baisse 5

Le faible indice de fécondité des femmes a pour principal effet de limiter le renouvellement de la population 7

LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ 8

NEUF QUÉBÉCOIS SUR DIX S'ESTIMENT EN BONNE OU EXCELLENTE SANTÉ 8

TROIS AÎNÉS SUR QUATRE S'ESTIMENT EN BONNE OU EXCELLENTE SANTÉ 8

LES PERSONNES AYANT LE MOINS DE REVENUS SONT PLUS NOMBREUSES À SE PERCEVOIR EN MOYENNE OU MAUVAISE SANTÉ 8

LES QUÉBÉCOIS SONT PROPORTIONNELLEMENT PLUS NOMBREUX À SE CONSIDÉRER EN EXCELLENTE SANTÉ 9

LES PROBLÈMES DE SANTÉ À L'ORIGINE DES HOSPITALISATIONS ET DES LIMITATIONS DES ACTIVITÉS CHEZ LES QUÉBÉCOIS 11

LES JOURNÉES D'INCAPACITÉ 11

Le nombre total de journées d'incapacité augmente avec l'âge 11

Les personnes les plus pauvres ont deux fois plus de journées d'incapacité que les mieux nanties 12

Neuf pour cent des Québécois ont une limitation d'activité à cause de leur santé 13

Vingt-sept pour cent des personnes de 75 ans et plus ont une limitation d'activité 13

LES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE 15

Pour les hommes de 15 à 44 ans, plus du tiers des journées d'hospitalisation sont liées à des troubles mentaux 15

Une journée d'hospitalisation sur quatre touche une personne âgée de 75 ans et plus et presque autant chez les adultes de 45 à 64 ans 15

L'ESPÉRANCE DE VIE 19

Les femmes ont une meilleure espérance de vie que les hommes 19

Les personnes les plus défavorisées vivent en moyenne six années de moins que les personnes plus favorisées 20

Il existe des écarts importants entre les régions sur le plan de l'espérance de vie 20

Les hommes québécois présentent l'une des plus faibles espérances de vie au Canada 22

LA MORTALITÉ INFANTILE 24

La mortalité infantile a connu une baisse spectaculaire au cours des dernières années 24

Le taux de mortalité infantile demeure plus élevé en milieu défavorisé qu'en milieu favorisé malgré une baisse importante des écarts 25

Le Québec a maintenant un taux de mortalité infantile comparable à celui de l'Ontario : reflet des efforts considérables dans le domaine de la périnatalité au Québec depuis les années 1970 26

Le Québec affiche encore un taux de mortalité infantile supérieur à celui de nombreux pays industrialisés 27

L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ 28

Une baisse du taux de mortalité de 29 % depuis les deux dernières décennies 28

Les mêmes causes de décès touchent les hommes et les femmes 31

Le taux d'années potentielles de vie perdues est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes 31

Les jeunes adultes meurent surtout des suites de blessures et d'intoxications alors que plus d'aînés meurent des suites de maladies chroniques 32

Malgré la baisse marquée des taux de mortalité au Québec au cours des dernières décennies, des écarts importants subsistent encore entre les régions 34

Le deuxième taux de mortalité le plus élevé chez les hommes après Terre-Neuve : plus d'hommes meurent prématurément au Québec 35

Les Québécois affichent un taux de mortalité relativement bas comparativement à ceux de nombreux pays industrialisés 36

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES QUÉBÉCOIS 39

Les affections chroniques les plus fréquentes sont l'arthrite, le rhumatisme et l'hypertension 39

Augmentation du diabète, de l'arthrite, de l'asthme et autres affections chroniques, depuis 1987 39

LE SIDA 40

L'ALZHEIMER 41

LE DIABÈTE 41

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES 42

Les maladies cardiovasculaires : la première cause de décès 42

Depuis vingt ans, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de moitié 42

La mortalité par maladies cardiovasculaires : des disparités encore importantes selon les revenus malgré une réduction des écarts depuis dix ans 44

Les femmes québécoises affichent le même taux de mortalité par maladies cardiovasculaires que les autres Canadiennes 45

Le Québec présente un des plus faibles taux de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires parmi les pays industrialisés 46

Les Québécois et les Québécoises meurent prématurément de maladies cardiovasculaires 47

LES CANCERS 49

Le nombre de nouveaux cas de cancer ne cesse de croître, reflet de l'augmentation et du vieillissement de la population 49

Les cancers occasionnent plus de 600 000 journées d'hospitalisation par année, dont le tiers pour des adultes de 45 à 64 ans 49

Chez les femmes, le cancer du poumon tue maintenant plus que le cancer du sein 49

Augmentation du taux de décès par cancer du poumon mais diminution pour les autres cancers 50

Les taux de mortalité par cancer du poumon sont plus élevés chez les Québécois à faible revenu ... 51

Les hommes québécois décèdent prématurément par cancer plus que partout ailleurs au Canada ... 52

Le Québec présente également une mauvaise performance sur le plan de la mortalité par cancer comparativement à certains pays industrialisés ... 53

Les femmes québécoises ont connu la plus forte hausse de mortalité par cancer du poumon de l'ensemble des pays industrialisés ... 54

LES MALADIES RESPIRATOIRES ... 56

Une baisse globale de la mortalité par maladies respiratoires et une augmentation de la mortalité par bronchite et emphysème ... 56

Une surmortalité importante dans les régions du nord du Québec ... 56

Les personnes à faible revenu ont des taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire nettement supérieurs à ceux du reste de la population ... 57

Le Québec présente avec la Nouvelle-Écosse les taux les plus élevés de mortalité par maladies respiratoires ... 58

Dans tous les pays industrialisés, la mortalité masculine par maladies respiratoires est deux fois supérieure à celle des femmes ... 59

LES BLESSURES ET INTOXICATIONS ... 61

La majorité des décès par blessures et intoxications surviennent avant l'âge de 50 ans ... 61

Les intoxications et blessures entraînent plus de 380 000 journées d'hospitalisation par année ... 61

La mortalité par accident de véhicule à moteur a diminué de moitié tandis que la mortalité par suicide a augmenté d'autant ... 61

Pour l'ensemble des blessures et intoxications, les taux de mortalité au Québec sont supérieurs à la moyenne observée ailleurs au Canada ... 63

Le Québec : un des taux de suicide les plus élevés des pays industrialisés ... 67

CERTAINS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ... 69

L'ENVIRONNEMENT ET LES CONDITIONS DE VIE ... 69

LES HABITUDES DE VIE ... 69

L'activité physique ... 69

La surcharge pondérale ... 70

La consommation d'alcool ... 72

Le tabagisme ... 73

LES SERVICES DE SANTÉ COMME DÉTERMINANT DE LA SANTÉ ... 76

Les défis du système de santé par rapport à un contexte démographique et à un portrait de santé qui évolue

Un portrait de la santé au Québec est un outil essentiel pour connaître les forces et les faiblesses de notre système de santé, de même que certains des défis visant à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les écarts de santé entre les groupes qui la composent.

Se voulant avant tout le reflet des grandes tendances et des enjeux du système de santé, ce bilan passe sous silence les problèmes sociaux qui influencent la santé ainsi que les problèmes de santé qui touchent davantage les enfants et les jeunes. Ces problèmes devraient faire l'objet de prochains portraits de santé.

Sur le plan des grands constats, le **vieillissement de la population** présente un défi de taille pour le système de santé, incitant à revoir la façon avec laquelle on aborde les maladies associées au vieillissement (maladies cardiovasculaires, maladies et infections respiratoires, cancer et arthrite, maladie d'Alzheimer, par exemple), qui sont souvent des maladies chroniques exerçant une forte pression sur le système de soins. La nécessité de réduire ces pressions sur le système de soins, lesquelles sont associées au vieillissement important de la population, soulève aussi l'urgence de mettre en place des mesures visant à aider les aînés à vieillir en santé et à soutenir les personnes qui les aident.

Un autre constat révèle que, malgré un bilan assez positif, des **écarts de santé** importants entre les groupes sont toujours présents au Québec, que ce soit :

- entre les hommes et les femmes, notamment une forte surmortalité des hommes, associée aux maladies causées par le tabagisme (ex. : maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancer du poumon), aux habitudes de vie, au suicide et aux accidents ;

- entre les groupes des milieux favorisés et défavorisés, malgré une gratuité universelle des services de santé, et ce, en ce qui a trait à tous les problèmes de santé.

La réduction de ces écarts passe certes par des actions pour améliorer l'accès réel aux services pour les personnes malades, mais encore plus par des actions réalisées le plus près possible de l'origine des problèmes, de façon à promouvoir des conditions et des habitudes de vie qui favorisent la santé, si l'on reconnaît que la santé est fortement conditionnée par l'environnement physique, social et économique des personnes.

Ces approches ne peuvent être efficaces que par des actions concertées avec les autres secteurs d'activité, puisque les décisions et programmes qui en proviennent influencent la santé de la population.

Il est aussi primordial que les actions pour favoriser la santé rejoignent les personnes et les familles le plus tôt possible dans la vie des gens, puisque les chances inégales de grandir et de vieillir en santé remontent aux premières années de vie.

Il se dégage un troisième enjeu majeur : mieux répondre aux besoins d'un nombre grandissant de personnes qui vivent avec une incapacité, souvent liée à un problème de santé mentale, cardiaque ou articulaire. On vise alors à **ajouter de la vie et de la santé aux années, à réduire la souffrance**, les périodes d'incapacité, à améliorer l'accès au transport, au loisir et à des conditions de vie permettant de bien vivre avec une incapacité.

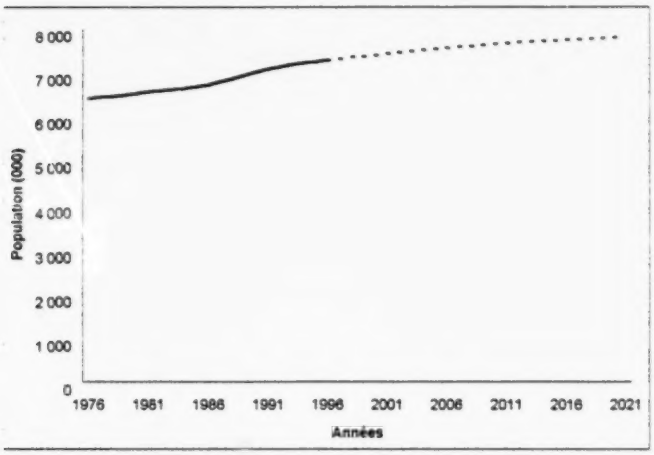
La dimension démographique

Plusieurs changements dans le paysage social influencent la santé. La situation démographique est une dimension significative de ces changements. Les caractéristiques démographiques d'une population ont une influence importante sur la santé y compris sur la fécondité, l'utilisation des services, les taux de mortalité, la limitation des activités et des affections chroniques. C'est pourquoi une analyse de l'évolution de la population et une mise en perspective de celle-ci vont permettre de faire une lecture plus pertinente des données sur l'état de santé des Québécois et des implications qui en découlent pour l'organisation des soins et les interventions en promotion et en prévention de la santé.

L'évolution de la population

Au moment du dernier recensement de la population au Québec en 1996, on comptait 7 274 019 habitants. Selon les projections démographiques, en 2021, la population du Québec atteindra 7 782 416 personnes. Cette faible augmentation prévue d'un demi-million d'habitants, en vingt-cinq ans, serait le résultat d'une augmentation de 46 % des personnes de 65 ans et plus et de 3,5 % des adultes, combinée à une diminution de 28 % du nombre de jeunes de moins de 20 ans.

Évolution de la population du Québec, 1976 à 2021



Source : Statistique Canada et projections du Bureau de la statistique du Québec.

L'accentuation du vieillissement de la population

Depuis plusieurs années, la proportion des personnes de 65 ans et plus dans la population totale progresse rapidement. En 1976 et en 1996, les personnes de 65 ans et plus représentaient 8 % de l'ensemble de la population. Cette proportion passe à 12 % en 1996, et les projections révèlent qu'elle sera de 21 % en 2021, soit une personne sur cinq. Cela signifie que sur une période de près de quarante ans, la population de plus de 65 ans aura augmenté de 163 %, soit deux fois plus rapidement que dans l'ensemble des pays industrialisés.

Répartition de la population au 1er juillet, selon l'âge, Québec, 1976 à 2021 (en pourcentage)

	Moins de 20 ans	20 à 64 ans	65 ans ou plus
	%	%	%
1976	35	57	8
1981	31	60	9
1986	27	63	10
1991	26	63	11
1996	26	62	12
2001	24	63	13
2006	23	63	14
2011	21	63	16
2016	20	62	19
2021	19	59	21

Source : Statistique Canada et projections du Bureau de la statistique du Québec.
Sources : 1976 à 1991 : Statistique Canada, estimations de la population.
1996 à 2021 : Institut de la statistique du Québec, scénario de référence, perspectives démographiques régionales 1996-2041

La réduction du nombre et du poids démographique des jeunes

Si la population des aînés augmente sans cesse, la part des moins de 20 ans a décru de façon significative et constante pour la même période. En effet, les jeunes de moins de 20 ans représentaient 35 % de la population en 1976 et l'on prévoit qu'ils ne représenteront plus que 19 % de l'ensemble de la population en 2021. La population des 20-64 ans, quant à elle, a peu fluctué depuis vingt ans et les projections de population laissent penser qu'elle restera relativement stable pour plusieurs années en comparaison des autres groupes d'âge.

La proportion de jeunes et d'aînés varie selon les régions

La répartition de la population du Québec est très différente selon les régions sociosanitaires. Tout d'abord, la région de Montréal présente la proportion de jeunes la moins élevée de toutes les régions du Québec (22 % en 1996). À l'inverse, dans le nord du Québec, qui regroupe les régions sociosanitaires 10, 17 et 18, les jeunes de moins de 20 ans représentaient, en 1996, 40 % de la population totale. De façon générale, le poids des jeunes dans la population totale est plus élevé dans les régions situées au nord qui échappent au vieillissement rapide, grâce notamment à une fécondité plus élevée que la moyenne.

À l'opposé, Montréal-Centre est la région du Québec où le poids démographique des personnes âgées est le plus important (15 %). Dans la région du Nord-du-Québec, en 1996, les personnes de 65 ans et plus ne représentaient que 3 % de l'ensemble de la population totale. Les variations démographiques entre les régions du Québec sont donc très importantes. Toutefois, il ne faut pas oublier que le poids des régions dans la population totale du Québec est aussi très variable.

Répartition en pourcentage de la population selon l'âge, Québec et régions sociosanitaires, 1996 et 2021

	Moins de 20 ans			20 à 64 ans			65 ans ou plus		
	1996	2021	Variation en %	1996	2021	Variation en %	1996	2021	Variation en %
Bas-Saint-Laurent	26	17	-37	59	57	-5	14	27	+ 90
Saguenay—Lac-Saint-Jean	29	19	-40	61	58	-4	10	24	+ 125
Québec	23	17	-26	64	59	-8	13	24	+ 95
Mauricie et Centre-du-Québec	26	18	-31	60	57	-5	14	25	+ 82
Estrie	27	19	-29	60	58	-4	13	23	+ 75
Montréal	22	20	-9	63	61	-4	15	20	+ 34
Outaouais	27	20	-30	64	61	-4	9	19	+ 115
Abitibi-Témiscaminque	30	20	-37	60	59	-3	10	21	+ 116
Côte-Nord	29	19	-37	64	61	-4	7	20	+ 166
Nord-du-Québec	40	34	-24	57	58	2	3	8	+ 153
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	26	15	-42	61	58	-6	13	28	+ 112
Chaudière-Appalaches	28	19	-33	60	58	-4	12	23	+ 91
Laval	26	19	-25	63	59	-6	11	22	+ 93
Lanaudière	29	21	-32	62	59	-3	9	20	+ 113
Laurentides	28	21	-29	62	60	-3	10	19	+ 98
Montérégie	28	19	-32	62	59	-5	10	21	+ 110
Ensemble du Québec	26	19	-26	62	59	-5	12	21	+ 79

Note Population au 1er juillet. La région 10 (Nord-du-Québec) inclut les régions sociosanitaires 10, 17 et 18

Source Institut de la statistique du Québec, scénario de référence, perspectives démographiques régionales 1996-2041

Selon les projections démographiques de 1976-2021, l'évolution de la répartition de la population variera selon les régions. En effet, certaines régions connaîtront un exode des jeunes et des jeunes familles qui entraînera une diminution de près de 40 % de leur population de moins de 20 ans tandis que dans d'autres régions cette baisse sera moindre. À Montréal-Centre, cette baisse ne sera que de 9 % en raison notamment de l'immigration internationale et des mouvements migratoires qui tendent à y ralentir le vieillissement de la population. Globalement, la proportion des jeunes de moins de 20 ans dans la population totale du Québec diminuera de 26 %.

À l'inverse, la proportion de la population de 65 ans et plus augmentera de près de 79 % entre 1996 et 2021. Cependant, pour la majorité des régions du Québec, la croissance du poids relatif des personnes âgées dans la population totale sera supérieure à ce pourcentage car Montréal-Centre connaîtra une croissance de sa population âgée de seulement 34 % pour cette période. Montréal-Centre étant la région la plus peuplée du Québec, cela explique pourquoi la croissance n'est que de 79 % même si l'ensemble des régions présente des variations nettement plus importantes. Globalement, ce qu'illustre le tableau, c'est que les variations de la répartition de la population pour la période de 1996 à 2021 seront très importantes dans toutes les régions du Québec à l'exception de la région de Montréal-Centre. Cette dernière région connaîtra en fait de petites variations en comparaison des autres régions qui auront des variations jusqu'à trois fois supérieures à celles de Montréal-Centre.

Cependant, il faut garder en mémoire que la population de Montréal-Centre est déjà plus vieille que celle de l'ensemble du Québec.

La fécondité

La fécondité des Québécoises toujours à la baisse

Depuis 1976, la fécondité des Québécoises a connu une évolution assez irrégulière. Entre 1976 et 1987, le taux de fécondité a connu une baisse constante, passant de 1,74 enfants par femme à 1,37. Par la suite, jusqu'en 1992, cet indicateur s'est redressé pour atteindre un nombre moyen d'enfants par femme de 1,67, et, depuis, la fécondité est de nouveau à la baisse. En 1998, le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,48. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

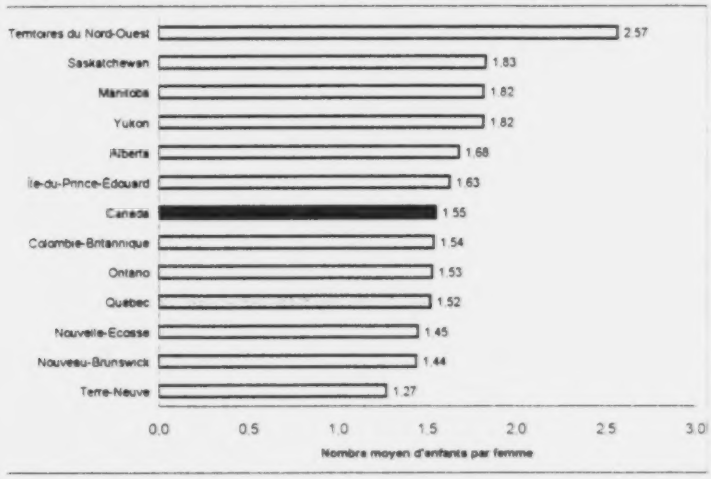
Indice synthétique de fécondité
Québec, 1976 à 1998 (nombre moyen d'enfants par femme)

Années	Nombre moyen d'enfants par femme
1976	1,74
1977	1,69
1978	1,66
1979	1,70
1980	1,63
1981	1,57
1982	1,48
1983	1,43
1984	1,42
1985	1,39
1986	1,37
1987	1,36
1988	1,42
1989	1,51
1990	1,63
1991	1,65
1992	1,67
1993	1,63
1994	1,63
1995	1,61
1996	1,60
1997	1,53
1998	1,48

Source : Institut de la Statistique du Québec

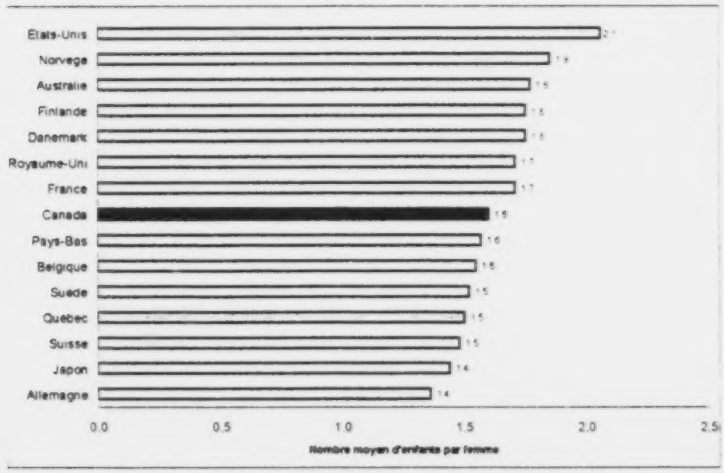
L'indice synthétique de fécondité des Québécoises est très proche de celui des Ontariennes et de l'ensemble des Canadiennes. Cependant, le nombre moyen d'enfants par femme au Québec est inférieur à celui de l'ensemble des provinces situées à l'ouest du Québec.

Indice synthétique de fécondité, selon les provinces du Canada, 1997 (nombre moyen d'enfants par femme)



Source : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, Section de l'état de santé et de l'état civil et Division de la démographie.

Indice synthétique de fécondité, selon certains pays industrialisés, 1997 (nombre moyen d'enfants par femme)



Source : A. Monnier « La conjoncture démographique : l'Europe et les pays développés d'outre-mer », *Population*, 5, 1998, p. 995-1024. Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997.

De plus, le nombre moyen d'enfants par femme au Québec s'avère l'un des plus bas des pays industrialisés.

Le faible indice de fécondité des femmes a pour principal effet de limiter le renouvellement de la population

Les projections actuelles de population sont basées sur les hypothèses de fécondité des femmes, les projections de la mortalité et les hypothèses sur la migration internationale. Le faible indice de fécondité des Québécoises a pour principal effet de limiter le renouvellement de la population car il est insuffisant pour assurer une croissance naturelle de la population.

Implications

Le nombre de jeunes Québécois subira une forte réduction à l'horizon de 2021. Chaque région du Québec sera touchée à un degré différent. À l'inverse, le nombre et la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus connaîtront une croissance très forte pour l'ensemble des régions. Au cours des dix prochaines années, le vieillissement démographique sera plus rapide et plus prononcé dans les régions en décroissance démographique. À Montréal, le vieillissement de la population a commencé bien avant les autres régions du Québec. Sur le plan de la structure par âge, cette région est plus vieille que les autres, ce qui entraîne une forte pression sur les services et les besoins d'adaptation des services de première ligne. Par contre, au cours des prochaines années, le vieillissement de la population de Montréal-Centre, contré en partie par l'immigration, sera nettement moins considérable que dans les autres régions qui auront à faire face rapidement à ce nouvel enjeu d'adaptation de leurs services.

Ainsi, le nombre des jeunes en décroissance et celui des personnes âgées en forte croissance conduisent au vieillissement rapide de la population. La population de personnes âgées doublera au Québec en vingt-cinq ans, ce qui est un rythme très rapide. Selon les projections de l'Organisation des Nations Unies, c'est le rythme le plus rapide des pays industrialisés.

Ce changement majeur et rapide de la pyramide des âges influence profondément les besoins de services, dirigés vers les moins de jeunes et de plus en plus d'aînés. Il rendra encore plus essentielles des mesures dès la période prénatale, visant à permettre à tous les enfants de naître et grandir en santé et de développer leur pleine capacité de devenir des adultes productifs.

Il rendra tout aussi essentielle la mise en place de mesures, services et interventions pour favoriser le vieillissement en santé, réduisant par le fait même une pression à la hausse sur le besoin de services. De plus, ce changement démographique et le contexte d'un réseau de services de plus en plus axé vers les soins ambulatoires et le maintien dans la communauté rendront encore plus aiguë la nécessité de soutenir les aidants naturels.

Sur le plan des conséquences sur la santé et le système de soins et de services, la région de Montréal-Centre subit déjà les effets du vieillissement sur le réseau de services. Ce phénomène touchera très rapidement les autres régions à l'exception du Nunavik, où la mortalité prématurée élevée réduit la proportion des aînés.

De plus, ces changements profonds de la population constituent un défi pour les familles qui auront peu d'enfants, plus d'aînés à soutenir et moins de personnes en âge de travailler. Ils risquent de mettre à dure épreuve les capacités d'adaptation des personnes et des communautés et, ainsi, leur santé. Il est donc particulièrement important pour la société québécoise de prévoir des mesures pour soutenir la capacité des familles, des communautés et des personnes plus vulnérables, afin qu'elles puissent s'adapter efficacement à ces changements, contribuer au développement de leur milieu, et ainsi éviter des pressions supplémentaires sur les services sociaux et de santé.

La perception de l'état de santé

Neuf Québécois sur dix s'estiment en bonne ou excellente santé

L'état de santé autoévalué est considéré comme un bon indice prédictif des problèmes de santé car il est associé aux problèmes de santé physique, à la limitation des activités et dans une moindre mesure à l'état de santé mentale. Il existe également un lien entre cet indicateur et les habitudes de vie ou les comportements reliés à la santé (tabagisme, sédentarité et excès de poids). La très grande majorité des Québécois en 1998, soit 89 %, évaluent leur état de santé de bon à excellent et près d'une personne sur cinq le juge excellent.

Trois aînés sur quatre s'estiment en bonne ou excellente santé

Même si la proportion des personnes qui s'estiment en bonne ou excellente santé diminue avec l'âge, la majorité des personnes âgées se considèrent en bonne santé. En fait, trois personnes de 65 ans et plus sur quatre (77 %) s'estiment en bonne, très bonne ou excellente santé, comparativement aux autres personnes de leur âge. Les aînés sont cependant deux fois plus nombreux à juger leur santé moyenne ou mauvaise que dans l'ensemble de la population (23 % vs 11 %).

Perception de l'état de santé,
population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Perception de l'état de santé				
Sexe/groupe d'âge	**Excellent**	**Très bon**	**Bon**	**Moyen**	**Mauvais**
Hommes	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
15-24 ans	24,2	42,5	27,2	5,5	0,6
25-44 ans	21,4	38,6	33,2	6,1	0,8
45-64 ans	17,8	35,2	34,5	9,7	2,9
65 ans et +	12,1	24,0	41,6	17,1	5,2
Total	19,6	36,4	33,6	8,1	2,0
Femmes					
15-24 ans	17,8	41,0	33,6	6,7	0,9
25-44 ans	19,1	39,5	34,2	6,1	1,1
45-64 ans	16,0	35,0	35,6	9,9	3,4
65 ans et +	10,6	24,6	41,6	19,5	3,4
Total	16,6	36,0	35,7	9,5	2,2
Sexes réunis					
15-24 ans	21,1	18,9	30,4	6,1	0,7
25-44 ans	20,2	39,0	33,7	6,1	1,0
45-64 ans	16,9	35,1	35,0	9,8	3,2
65 ans et +	11,2	24,3	41,6	18,5	4,4
Total	18,1	36,2	34,7	9,0	2,1

Source : Enquête sociale et de santé 1998

Les personnes ayant le moins de revenus sont plus nombreuses à se percevoir en moyenne ou mauvaise santé

Les personnes les moins scolarisées ou ayant le moins de revenus sont les plus nombreuses à se dire en moyenne ou mauvaise santé. Par ailleurs, le tiers des personnes sans emploi perçoivent leur état de santé comme étant mauvais ou moyen.

Si en moyenne, depuis 1987, il n'y a pas eu de variations significatives dans la perception de l'état de santé, on note une proportion plus grande de jeunes de 15 à 24 ans (de 4,4 % à 6,8 %) qui qualifient leur santé de moyenne ou mauvaise par comparaison avec 1987.

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

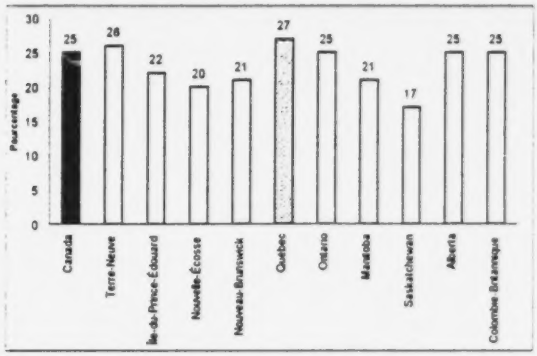
	Perception de l'état de santé			
	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
Scolarité relative				
Plus faible	15,1	29,0	38,4	17,6
Faible	16,6	33,9	37,0	12,5
Moyenne	16,6	38,9	35,7	8,8
Élevée	18,7	37,7	33,7	9,9
Plus élevée	22,8	39,8	29,7	7,7
Niveau de revenu				
Très faible	17,0	27,1	33,0	22,9
Faible	15,4	29,3	36,1	19,2
Moyen inférieur	16,4	34,7	37,1	11,9
Moyen supérieur	18,8	39,3	34,6	7,2
Supérieur	23,6	42,2	27,6	6,6
Statut d'activité				
En emploi	20,9	40,1	33,8	5,3
Aux études	21,4	39,9	31,2	7,5
À la maison	13,4	32,5	39,0	15,1
À la retraite	12,0	26,4	38,3	23,4
Sans emploi	11,5	24,4	30,8	33,3

Source : Enquête sociale et de santé 1998

Les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à se considérer en excellente santé

On note d'importants écarts entre les provinces du Canada quant à la perception de l'état de santé. Les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à présenter un état de santé autoévalué excellent par comparaison avec les autres provinces (27 %). Les Saskatchewanais sont proportionnellement les moins nombreux à se considérer en excellente santé (17 %).

L'état de santé autoévalué (excellent), population de 12 ans ou plus, selon les provinces du Canada, 1996-1997



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997

Implications

La perception de l'état de santé est un indicateur utile des services à offrir aux divers groupes de la population. Pour les individus qui sont en bonne ou excellente santé, il s'agit avant tout de soutenir leur capacité de grandir et vieillir en santé, avec le moins possible de facteurs de vulnérabilité ou de risque à leur santé, et de leur offrir des services de diagnostic et de traitement précoce accessibles et de qualité, lorsqu'ils en ont besoin.

Par contre, pour ceux beaucoup moins nombreux, dont la santé est moyenne ou mauvaise et qui sont atteints d'un ou de plusieurs problèmes de santé, l'objectif du système de santé est de les guérir et de les soigner efficacement afin qu'ils retrouvent rapidement le meilleur état de santé possible. Une très grande partie de l'activité du système de soins est destinée à ce groupe, qui représenterait environ 11 % de la population. Une approche plus préventive de la gestion de l'offre de services sociaux et de santé, visant à garder la plus grande proportion possible de la population en bonne santé le plus longtemps possible, diminuerait ainsi la pression sur le système de soins associée au vieillissement de la population, et augmenterait la qualité de vie des personnes et de leurs proches.

Les problèmes de santé à l'origine des hospitalisations et des limitations des activités chez les Québécois

Les journées d'incapacité

Les journées d'incapacité sont définies comme le nombre moyen de journées liées à des pertes d'autonomie fonctionnelle pour des raisons de santé, qu'elles soient de courte ou de longue durée. La moyenne annuelle s'applique seulement à l'ensemble de la population.

Le nombre total de journées d'incapacité augmente avec l'âge

En 1998, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne était estimée à quinze jours. Le nombre total de journées d'incapacité varie considérablement selon l'âge. Il double entre les groupes d'âge de 15-24 ans et de 25-44 ans, et double encore entre ceux de 25-44 ans et de 65-74 ans.

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne, selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1998

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
		jours	
Total	14,7	19,0	16,9
0-14 ans	7,9	7,5	7,7
15-24 ans	6,7	9,3	7,9
25-44 ans	14,3	19,9	17,1
45-64 ans	18,9	23,5	21,3
65-74 ans	29,0	26,9	27,9
75 ans et +	34,5	45,0	41,3

Source : Enquête sociale et de santé 1998

L'Enquête sociale et de santé 1998 permet d'estimer que plus de la moitié de toutes les journées d'incapacité concernent des personnes subissant une limitation d'activité à long terme, tant chez les hommes que chez les femmes (55 %). Quant aux causes considérées, les problèmes ostéo-articulaires et les maladies respiratoires sont à l'origine du plus grand nombre de journées d'incapacité (18 % et 17 %). La proportion des journées d'incapacité résultant d'un accident ou d'une blessure est de 10 % pour l'ensemble de la population, mais de 15 % chez les hommes, soit deux fois plus que chez les femmes (7 %).

Durée, origine et cause des journées d'incapacité au cours de deux semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

Catégorie	Hommes	Femmes	Total
		%	
Total	100,0	100,0	100,0
Durée			
Long terme (1)	54,0	55,0	54,4
Court terme (2)	46,0	45,0	45,6
Origine			
Externe	22,6	10,1	15,5
Autres	77,4	89,9	84,5
Cause			
Ostéo-articulaire	16,4	19,3	18,1
Respiratoire	16,5	18,1	17,4
Accidentelle	15,1	6,9	10,4
Mentale	D7,0	8,3	7,8
Cardiovasculaire	D8,6	D5,6	6,9
Autres	36,4	41,7	39,4

(1) Journées d'incapacité parmi les personnes avec limitation d'activité.
(2) Journées d'incapacité parmi les personnes sans limitation d'activité.

Source : Enquête sociale et de santé 1998.

Les personnes les plus pauvres ont deux fois plus de journées d'incapacité que les mieux nanties

Le nombre de journées d'incapacité est fortement associé aux caractéristiques socio-économiques des individus. Ainsi, la moyenne annuelle des journées d'incapacité diminue de moitié, entre les personnes très pauvres et celles de niveau de revenu supérieur : les personnes très pauvres ont une moyenne annuelle de 29 journées d'incapacité par année, soit deux fois plus que les mieux nanties, qui ne présentent que 12 journées d'incapacité par année. Il est intéressant de souligner que les personnes en emploi ou aux études ont un nombre moindre de jours d'incapacité que les autres personnes.

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre et selon certaines caractéristiques socio-économiques, sexes réunis, population en ménage privé, Québec, 1998

Caractéristiques	Lourde (1)	Modérée (2)	Légère (3)	Total
		jours		
Niveau de revenu				
Très bas	6,4	10,4	12,6	29,4
Bas	5,7	9,4	8,1	23,2
Moyen inférieur	3,5	6,9	6,6	17,0
Moyen supérieur	2,4	5,9	4,9	13,2
Supérieur	2,1	5,5	4,1	11,7
Statut d'activité habituelle (15 ans et plus)				
Aux études	2,1	2,4	3,7	8,2
En emploi	1,9	5,5	4,1	11,6
Tient maison	4,0	6,8	12,6	23,4
Sans emploi	12,5	42,8	17,3	72,6
À la retraite	7,2	12,4	12,0	31,6

(1) Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
(2) Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
(3) A dû modérer ses activités.

Source : Enquête sociale et de santé 1998

Neuf pour cent des Québécois ont une limitation d'activité à cause de leur santé

Une autre mesure des incapacités des Québécois est la limitation des activités à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique physique ou mentale. La limitation d'activité est ce qui restreint la personne quant au genre ou à la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'un problème de santé. Selon les données de l'Enquête sociale et de santé, on estime à 9,3 % la proportion des Québécois de tous âges affectés par des limitations d'activité pour des raisons de santé au moment de l'enquête. Cette proportion est de 27 % chez les personnes de plus de 75 ans. Les causes principales des limitations d'activité sont, par ordre décroissant d'importance : les problèmes ostéo-articulaires (27 %), les maladies cardiovasculaires (14 %), les maladies respiratoires (11 %), les traumatismes (8 %) et les problèmes d'ordre mental (8 %). Par comparaison avec l'enquête de 1987, l'importance relative des problèmes ostéo-articulaires, respiratoires et mentaux a augmenté.

Vingt-sept pour cent des personnes de 75 ans et plus ont une limitation d'activité

La proportion de personnes vivant hors institution qui rapportent une limitation d'activité était de 7 % en 1987 et en 1992-1993 ; elle a augmenté depuis, passant à 9 % en 1998. Cependant, cette augmentation n'est pas statistiquement significative. Chez les personnes de 65 ans et plus, la restriction d'activité est de 20 % et chez celles de 75 ans et plus, elle est de 27 %.

Par ailleurs, 8 % des causes d'incapacité sont reliées à un problème de santé mentale, ce qui représente aussi une augmentation depuis les six dernières années, reflet des efforts de maintien des personnes dans leur communauté et de l'augmentation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer chez les aînés.

Évolution des taux de limitation d'activité, selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe/âge	1987	1992-1993	1998
		%	
Total	7,4	7,2	9,3
Sexe			
Hommes	7,1	6,4	8,2
Femmes	7,6	8,0	10,4
Âge			
0-14 ans	3,1	2,2	2,3
15-24 ans	3,1	3,6	4,0
25-44 ans	5,3	6,1	7,4
45-64 ans	13,4	10,2	14,0
65-74 ans	16,8	17,2	20,3
75 ans et +	21,7	22,7	26,7

Sources : Enquête Santé Québec 1987.
Enquête sociale et de santé 1992-1993.
Enquête sociale et de santé 1998.

Causes et origines de limitation d'activité, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Cause/origine	1987	1992-1993	1998
		%	
Total	100,0	100,0	100,0
Cause			
Ostéo-articulaire	24,0	26,5	26,8
Cardiovasculaire	15,9	13,1	13,7
Respiratoire	7,6	12,9	10,7
Mentale	5,6	6,0	8,3
Accidentelle	10,3	7,3	8,2
Autres	36,6	34,2	32,3
Origine			
Externe	20,5	18,7	18,3
Autres	79,5	81,3	81,6

Sources : Enquête Santé Québec 1987.
Enquête sociale et de santé 1992-1993.
Enquête sociale et de santé 1998.

Les hospitalisations de courte durée

Les hospitalisations sont également un bon indicateur des problèmes de santé qui touchent les Québécois et qui sont à l'origine de certaines limitations d'activité. Elles sont aussi un indicateur du volume de soins offerts, excluant les soins ambulatoires et les soins de longue durée.

Globalement, ce sont les maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine du plus grand nombre de journées d'hospitalisation (19 %), suivies principalement par les troubles mentaux (12 %), les cancers (12 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (9 %). Cependant, la situation diffère significativement lorsqu'on analyse la répartition des hospitalisations en fonction du sexe et des groupes d'âge. Tant chez les garçons que chez les filles, les maladies de l'appareil respiratoire sont la première cause d'hospitalisation chez les enfants de moins de 14 ans avec 20 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation. Les traumatismes chez ce groupe d'âge sont la seconde cause d'hospitalisation.

Pour les hommes de 15 à 44 ans, plus du tiers des journées d'hospitalisation sont liées à des troubles mentaux

Chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, les troubles mentaux sont à l'origine de 41,3 % des journées d'hospitalisation. Par contre, l'accouchement et les complications de la grossesse sont le motif de 44 % des journées d'hospitalisation chez les jeunes femmes. Les traumatismes occasionnent également une proportion importante des journées d'hospitalisation dans ce groupe : 19,8 % chez les jeunes hommes et 5,1 % chez les jeunes femmes.

Chez les adultes de 25 à 44 ans, les troubles mentaux sont aussi à l'origine d'un nombre important de journées d'hospitalisation tant chez les hommes que chez les femmes (233 537). Les traumatismes demeurent encore à cet âge une cause importante d'hospitalisation chez les hommes.

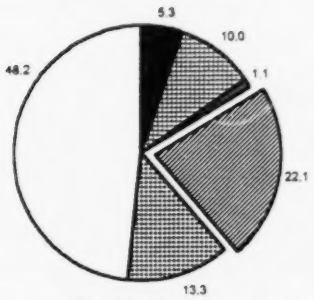
À partir de l'âge de 45 ans, les principales causes d'hospitalisation changent. Le cancer et les maladies du cœur deviennent les pathologies à l'origine du plus grand nombre de journées d'hospitalisation, même si chez les femmes de 45 à 64 ans les troubles mentaux continuent à engendrer de nombreuses journées d'hospitalisation. Chez les personnes de plus de 65 ans, ce sont cependant les maladies du cœur qui entraînent le plus de journées d'hospitalisation. De plus, avec l'avancement en âge on constate que les maladies respiratoires redeviennent une cause d'hospitalisation non négligeable.

Une journée d'hospitalisation sur quatre touche une personne âgée de 75 ans et plus et presque autant chez les adultes de 45 à 64 ans

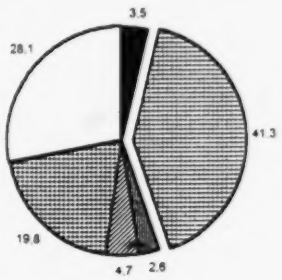
Les soins de courte durée aux adultes de 45 à 64 ans représentent 1,2 million de journées d'hospitalisation en 1998-1999, soit 23 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec.

Répartition en pourcentage des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les hommes, année 1998-1999

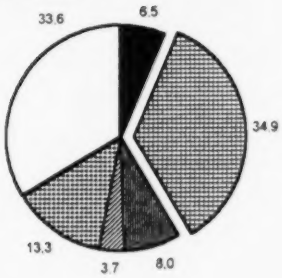
1-14 ans



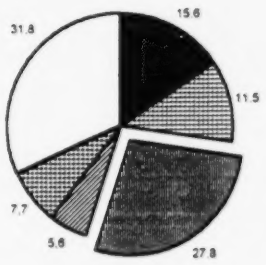
15-24 ans



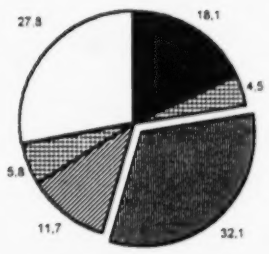
25-44 ans



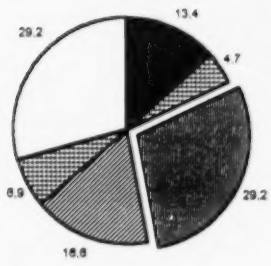
45-64 ans



65-74 ans



75 ans et +

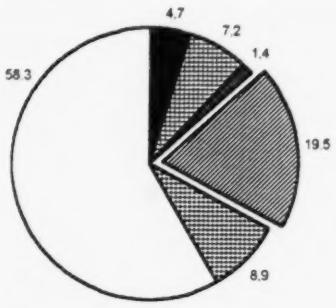


- Tumeurs
- Troubles mentaux
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Lésions traumatiques et empoisonnements
- Autres

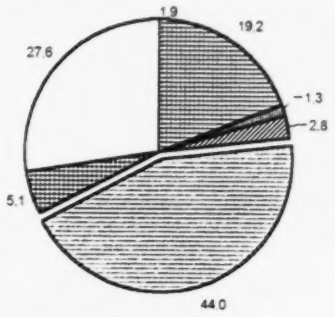
Source : Fichier MED-ECHO 1998-1999, MSSS, Service des indicateurs, janvier 2000.

Répartition en pourcentage des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les femmes, année 1998-1999

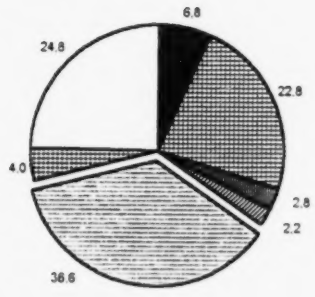
1-14 ans



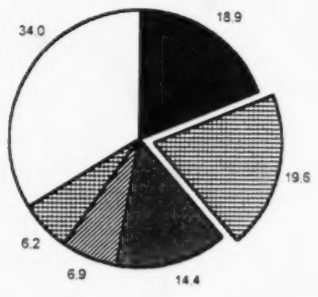
15-24 ans



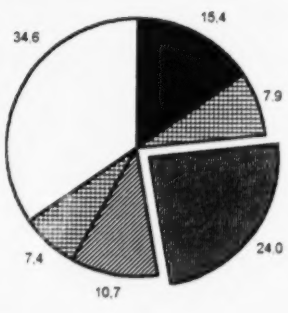
25-44 ans



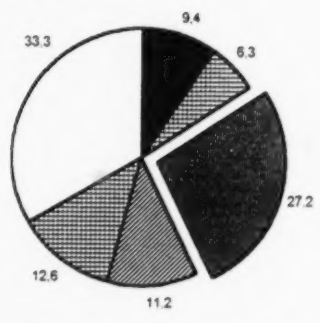
45-64 ans



65-74 ans



75 ans et +



- Tumeurs
- Troubles mentaux
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Accouchements et complications de la grossesse
- Lésions traumatiques et empoisonnements
- Autres

Source : Fichier MED-ECHO 1998-1999, MSSS, Service des indicateurs, janvier 2000.

Implications

Le nombre élevé de journées d'hospitalisation chez les personnes de 75 ans et plus entraînera une pression à la hausse sur le système de soins, à moins de continuer à mettre l'accent, d'une part, sur les soins ambulatoires et les soins primaires, de façon à assurer une continuité de soins de qualité aux personnes âgées malades ou dont la santé est fragile, et, d'autre part, sur des mesures de prévention et de soutien favorisant la santé des aînés et leur maintien dans la communauté.

Le grand nombre de journées d'hospitalisation pour des personnes de moins de 64 ans, souvent pour des maladies évitables à cet âge (maladies cardiovasculaires et diabète, par exemple), invite donc à des actions visant à réduire le fardeau des maladies chroniques qui surviennent prématurément.

Si des mesures de prévention et de promotion de la santé sont efficaces chez les personnes âgées, elles le sont encore davantage pour des personnes plus jeunes, leur permettant d'arriver à l'âge de la retraite sans avoir déjà hypothéqué leur santé.

L'importance accordée aux soins ambulatoires et aux soins primaires est aussi essentielle. L'expérience internationale démontre en effet qu'en agissant sur la mise en œuvre de ces services, des gains importants de santé et d'efficacité du système peuvent être obtenus pour des problèmes de santé qui sont à l'origine d'une demande importante ou récurrente de soins (insuffisance cardiaque, diabète, cancer, par exemple). Le programme de lutte contre le cancer propose déjà des mesures intéressantes en ce sens. Cette approche de gestion plus préventive des services offerts à une population amène les producteurs de services des régions et des territoires à revoir ensemble la façon d'articuler les services ; appuyés par un monitoring des progrès et des difficultés, pour réduire les conséquences et la gravité des problème de santé. Cette approche combine des mesures pour aider à conserver la santé le plus longtemps possible et ainsi réduire le fardeau de la maladie et la pression sur les soins hospitaliers, tant chez les jeunes que chez les personnes âgées.

L'augmentation de la proportion d'adultes et de personnes âgées qui rapportent une limitation des activités depuis 1992-1993, associée au virage ambulatoire et à la tendance à la désinstitutionnalisation, reflète aussi le besoin de soutien d'un plus grand nombre de personnes et de leurs aidants, par l'entremise de services à domicile et de soins ambulatoires, par exemple.

L'espérance de vie

Les femmes ont une meilleure espérance de vie que les hommes

L'espérance de vie à la naissance des Québécoises et des Québécois a progressé de façon importante au cours des deux dernières décennies. Elle a fait un gain de cinq ans, passant de 69,5 ans à 74,9 ans chez les hommes et de 76,9 ans à 81,2 ans chez les femmes. Un écart très important subsiste encore entre les sexes même si cet écart s'est légèrement amoindri durant ces deux dernières décennies (7,4 ans en 1976 et 6,3 ans en 1997). Ainsi, en 1997 les hommes ont une espérance de vie moindre que celle des femmes. Ceci tient surtout au fait que les hommes continuent à mourir plus jeunes de maladies cardiovasculaires, de cancers, de suicides et de blessures non intentionnelles.

La progression de l'espérance de vie a été constante au cours de ces vingt dernières années chez les hommes. Toutefois, chez les femmes, après avoir connu une progression importante au cours des années 1980, l'espérance de vie est demeurée stable depuis le début des années 1990.

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1976-1997

	Hommes	Femmes
1976	69,5	76,9
1977	69,9	77,5
1978	70,1	77,7
1979	70,6	78,4
1980	70,9	78,6
1981	71,3	79,3
1982	71,7	79,2
1983	71,9	79,4
1984	72,0	79,7
1985	72,1	79,8
1986	72,3	79,6
1987	72,4	79,9
1988	72,7	80,2
1989	72,9	80,5
1990	73,4	80,8
1991	73,7	81,0
1992	74,2	81,3
1993	73,9	80,8
1994	74,3	81,1
1995	74,3	81,0
1996	74,9	81,3
1997	74,9	81,2

Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Les personnes les plus défavorisées vivent en moyenne six années de moins que les personnes plus favorisées

Une étude menée au Québec a démontré qu'il existe des inégalités majeures d'espérance de vie des Québécois qui vivent à domicile en fonction de leur niveau de défavorisation économique et sociale. Ainsi, pour les sexes réunis, l'écart d'espérance de vie est de 5,8 ans entre les personnes appartenant au quintile le plus favorisé et celles appartenant au quintile le moins favorisé. Chez les hommes, cet écart est de 8,7 années et chez les femmes, de 2,6 années. Les écarts varient davantage en fonction de la défavorisation matérielle par comparaison avec la défavorisation sociale mesurée surtout par le réseau social.

Espérance de vie à la naissance chez la population résidant à domicile selon le quintile de défavorisation, Québec, 1995-1997

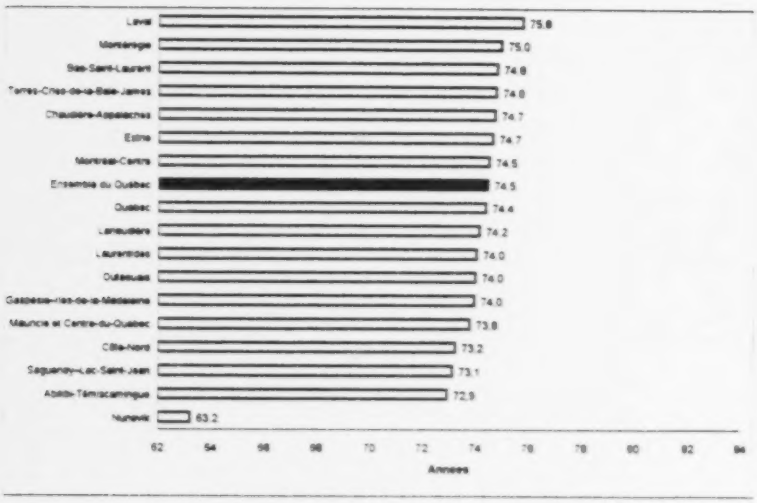
Défavorisation quintile	Hommes	Femmes	Total
		ans	
Matérielle			
1	78,5	84,9	81,9
2	76,4	84,0	80,4
3	75,5	83,7	79,7
4	75,3	83,6	79,5
5	73,7	82,5	77,9
Sociale			
1	76,5	82,0	79,0
2	76,7	83,6	80,0
3	76,5	84,6	80,7
4	75,8	84,2	80,2
5	73,4	82,9	78,4
Matérielle et sociale			
1 et 1	79,7	83,7	81,8
5 et 5	71,0	81,1	76,0
Le Québec	75,8	83,7	79,8

Source : Fichier des décès 1995-1997, R. Pampalon et G. Raymond, *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec*, INSP, MSSS, 2000

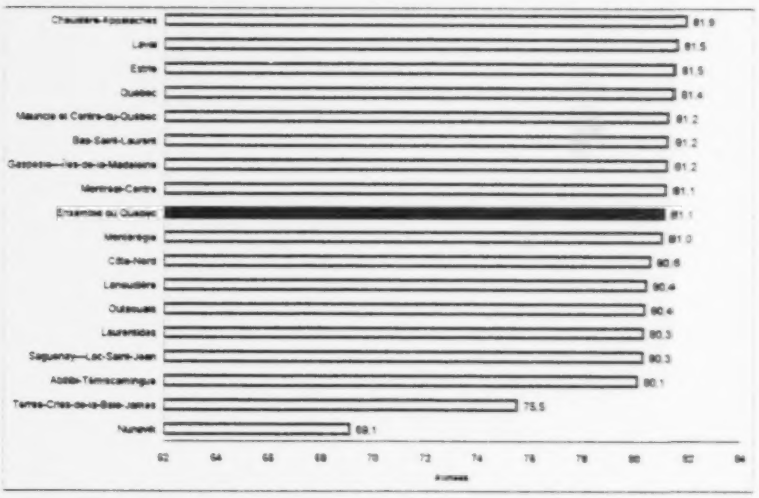
Il existe des écarts importants entre les régions sur le plan de l'espérance de vie

L'analyse de l'espérance de vie à la naissance révèle des écarts importants entre les régions sociosanitaires. Pour la période de 1993 à 1997, l'espérance de vie moyenne des hommes était de 74,5 ans pour l'ensemble du Québec. Les hommes du Nunavik ont l'espérance de vie la plus faible au Québec (63,2 ans), soit 12,6 ans de moins que les hommes de la région de Laval qui ont la plus grande longévité (75,8 ans). Cette faible espérance de vie chez les hommes du Nunavik s'explique surtout par un plus grand risque de mourir jeune par accident et par suicide. Les autres régions qui présentent les plus faibles espérances de vie chez les hommes sont l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Côte-Nord, mais avec en moyenne une seule année d'espérance de vie de moins que l'ensemble des Québécois.

Espérance de vie à la naissance chez les hommes, selon les régions sociosanitaires, moyenne 1993-1997, Québec



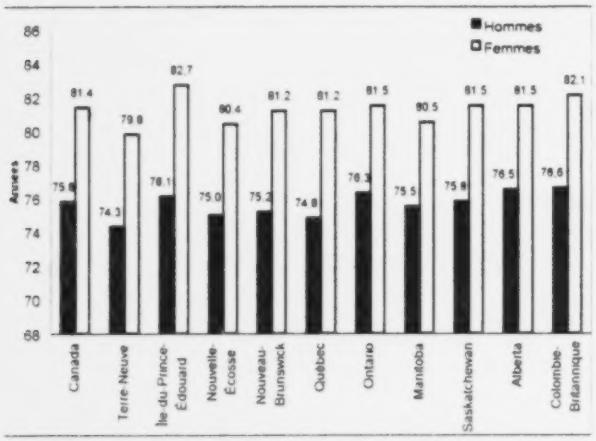
Espérance de vie à la naissance chez les femmes, selon les régions sociosanitaires, moyenne 1993-1997, Québec



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Chez les femmes, il existe également des écarts importants entre l'espérance de vie à la naissance selon les régions sociosanitaires. Ce sont les femmes du Nord-du-Québec qui présentent la meilleure espérance de vie : 82,3 ans, cette situation s'explique par le fait que plus de 90 % de la population de ce territoire a moins de 65 ans et que la mortalité prématurée n'est pas élevée dans cette région. Les femmes du Nunavik présentent de loin l'espérance de vie la moins bonne (69,1 ans), suivies des femmes des Terres-Cries-de-la-Baie-James (75,5 ans), soit respectivement douze ans de moins et cinq de moins que l'ensemble des Québécoises. Cette faible espérance de vie chez les femmes inuites et cries s'explique en partie par une mortalité prématurée importante associée aux accidents et aux maladies respiratoires. Sinon, il y a peu d'écart dans l'espérance de vie entre les femmes des autres régions du Québec et celles de l'ensemble du Québec.

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, provinces du Canada, 1997 (en années)



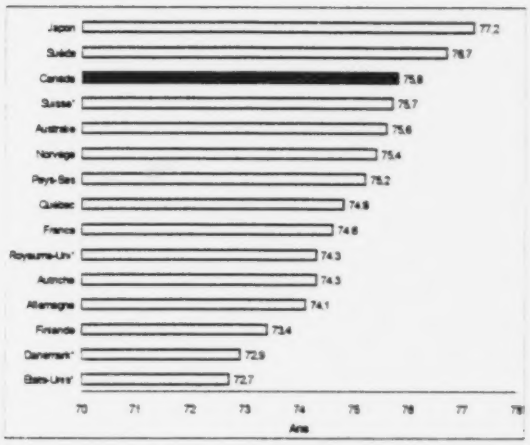
Source : Statistique Canada

Les Québécoises ont une espérance de vie légèrement inférieure à la moyenne canadienne. Ce sont les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique qui présentent la meilleure espérance de vie au Canada. Chez les hommes du Québec, la situation est encore moins reluisante. Les Québécois et les Terre-Neuviens ont la moins bonne espérance de vie parmi les Canadiens (74,8 et 74,3 ans). Ce sont les hommes de la Colombie-Britannique qui affichent la meilleure longévité (76,6 ans).

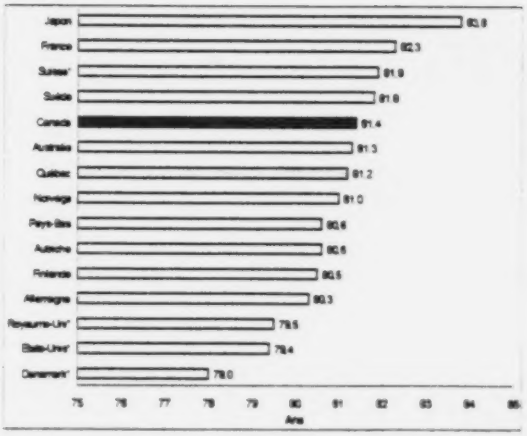
Pour ce qui est de l'espérance de vie à la naissance, le Québec se situe dans la moyenne de l'ensemble des pays industrialisés. L'espérance de vie des hommes est supérieure au Japon, en Suède, en Suisse, en Australie, en Norvège et aux Pays-Bas comparativement au Québec ; les Japonais vivent 2,5 ans de plus que les Québécois.

Espérance de vie à la naissance, selon certains pays, 1997

Hommes



Femmes



* Données de 1996.

Source : Éco Santé OCDE 1999

Les Québécoises, comparativement aux femmes des autres pays industrialisés, ont une assez bonne espérance de vie. Elles sont devancées seulement par les femmes du Japon, de la France, de la Suisse, de la Suède et de l'Australie, leur espérance de vie étant 2,6 ans de moins que celle des Japonaises.

Implications

L'ajout de cinq années à l'espérance de vie en vingt ans est le reflet de l'amélioration des conditions de vie ainsi que du développement du système sociosanitaire québécois axé à la fois sur les soins et la prévention.

Par contre, la réduction des écarts d'espérance de vie entre les Québécois des différentes régions et de différents niveaux de revenu demeure un défi majeur des prochaines années pour tout le réseau sociosanitaire, mais aussi pour les autres secteurs de la société dont les décisions ont une influence sur la santé de la population.

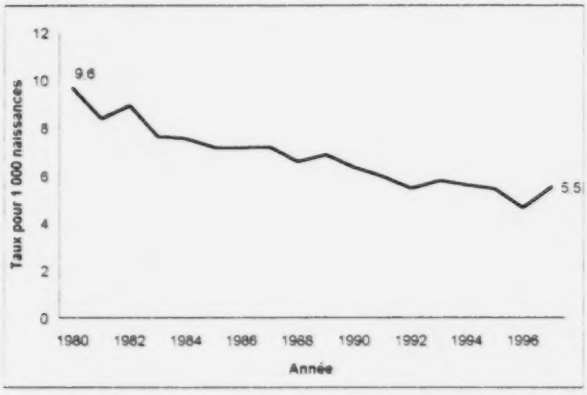
L'espérance de vie, qui demeure moindre que dans plusieurs provinces canadiennes, indique qu'une amélioration est non seulement nécessaire, mais possible par la réduction de maladies qui tuent prématurément au Québec, trop souvent associées au tabagisme ou à une détresse profonde qui mène au suicide.

LA MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile a connu une baisse spectaculaire au cours des dernières années

La mortalité infantile au Québec a connu une baisse spectaculaire depuis le début des années 1980. Le taux de mortalité infantile est passé de 9,6 par 1 000 naissances en 1980 à 5,5 en 1997. Cette diminution importante est attribuable notamment à l'amélioration des conditions de vie des Québécois et aux efforts importants investis en néonatalogie, ainsi qu'à une meilleure survie des nouveau-nés prématurés ou présentant des malformations. Par contre, l'amélioration a ralenti au cours des dernières années.

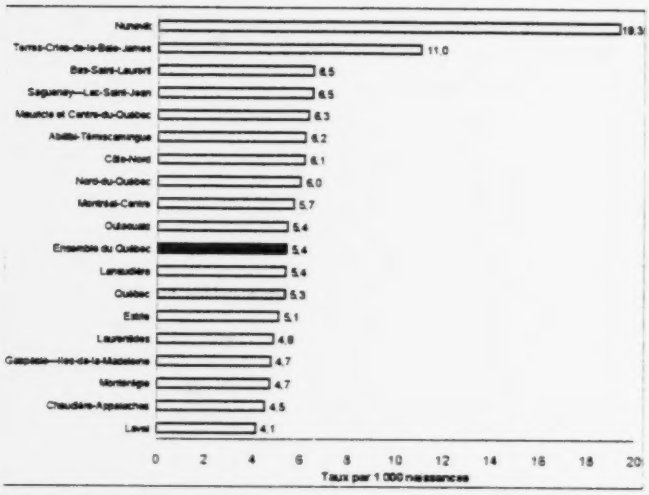
Taux de mortalité infantile (0-364 jours), Québec, 1980-1997



Source : Direction générale de la santé publique. Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997

Les taux de mortalité infantile varient de façon importante entre les régions du Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent encore des taux de mortalité infantile très élevés, soit respectivement plus du triple et le double de la moyenne québécoise (19,3 par 1 000 naissances et 11,0), se distinguant nettement des autres régions du Québec, mais comparables à ce qu'on observait dans l'ensemble du Québec dans les années 1970 et 1980. À l'opposé, ce sont les régions de Laval et de la Chaudière-Appalaches qui présentent les taux de mortalité infantile les plus bas.

Taux de mortalité infantile (0-364 jours) selon les régions sociosanitaires, Québec 1993-1997



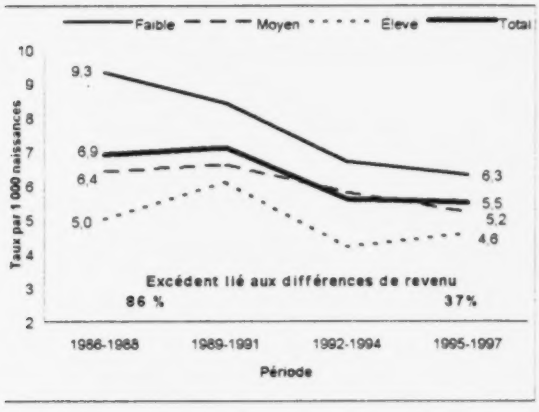
Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997

Le taux de mortalité infantile demeure plus élevé en milieu défavorisé qu'en milieu favorisé malgré une baisse importante des écarts

Malgré le fait que la mortalité infantile a régressé de façon significative au cours des dernières années, des gains importants peuvent encore être réalisés. Les travaux menés dans la région de Montréal-Centre[1] permettent d'illustrer le fait que malheureusement la mortalité infantile est encore associée à la pauvreté. L'analyse, en fonction des revenus, effectuée sur quatre périodes s'échelonnant de 1986 à 1997, met en évidence le fait que la mortalité infantile suit une tendance inverse à celle du revenu. À chaque période étudiée, on observe des taux de mortalité infantile supérieurs pour les bébés vivant dans un milieu à faible revenu, par comparaison avec ceux de milieux plus favorisés. Pour la dernière période (1995-1997), le taux de mortalité dans le tertile de faible revenu est de 6,3 pour 1 000 naissances tandis qu'il est de 5,5 pour l'ensemble de la population et de 4,6 pour le tertile de revenu élevé. Cependant, les écarts se sont amoindris : l'excès entre les tertiles faible et élevé qui était de 86 % pour la période de 1986-1988 n'était que de 37 % pour la dernière période (1995-1997).

1. Robert Choinière, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000, www.santepub-mtl.qc.ca.

Taux comparatifs de mortalité infantile
en fonction des tertiles de revenu, Montréal-Centre, 1986-1997

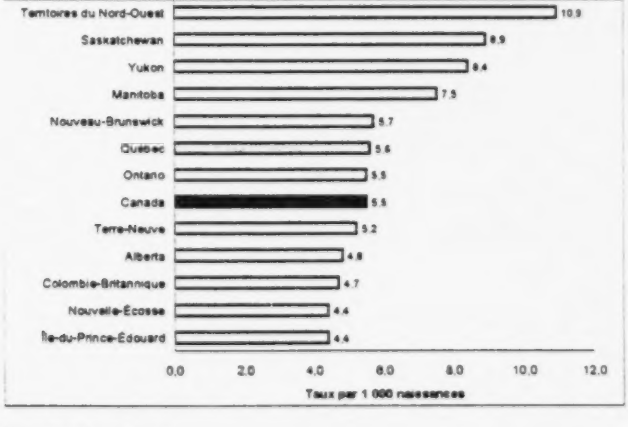


Source : Robert Choinière, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000
www.santepub-mtl.qc.ca

Le Québec a maintenant un taux de mortalité infantile comparable à celui de l'Ontario : reflet des efforts considérables dans le domaine de la périnatalité au Québec depuis les années 1970

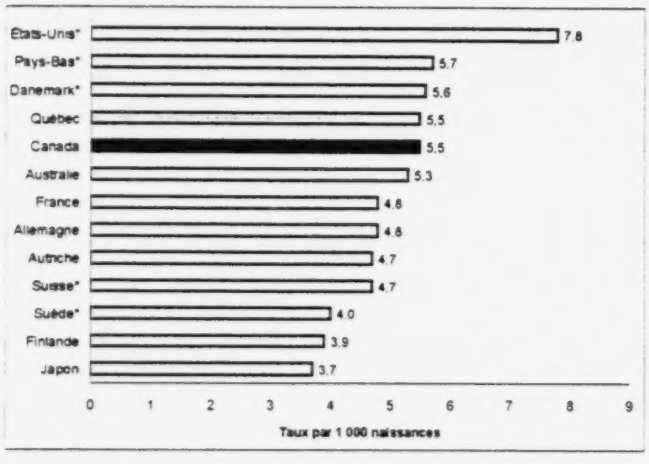
Lorsqu'on compare les taux de mortalité infantile entre les provinces du Canada, on constate des écarts importants. Le Québec se situe dans la moyenne canadienne tout comme l'Ontario mais il faut se rappeler que le Québec affichait le taux le plus élevé au Canada au début des années 1970.

Taux de mortalité infantile (0-364 jours)
selon les provinces du Canada, 1997



Source : Statistique Canada

Taux de mortalité infantile (0-364 jours) selon certains pays industrialisés, 1997



* Données de 1996.

Source : Éco Santé, OCDE 1999

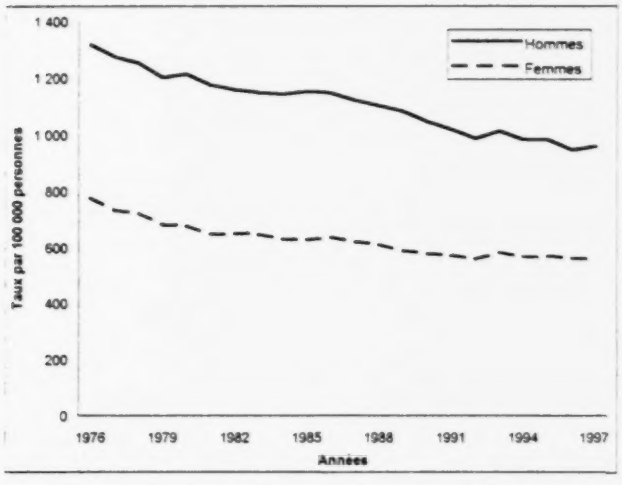
Le Québec affiche encore un taux de mortalité infantile supérieur à celui de nombreux pays industrialisés

En ce qui concerne les comparaisons internationales, les progrès spectaculaires réalisés au Québec (5,5 par 1 000 naissances) ne lui permettent pas encore d'être parmi les pays industrialisés qui présentent les taux les moins élevés de mortalité infantile. Les pays qui affichent les taux de mortalité infantile les plus bas au monde sont le Japon (3,7 par 1 000 naissances), la Finlande (3,9) et la Suède (4,0). Par contre, le Québec fait nettement meilleure figure que les États-Unis (7,8).

L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ

Depuis le début du siècle, le nombre annuel de décès a sans cesse augmenté, tout comme la population. Par contre, le taux comparatif de mortalité, qui annule l'effet du vieillissement de la population et donne ainsi une meilleure mesure résumée du risque de décès, a diminué. Cette apparente contradiction reflète l'effet de deux tendances différentes, soit, d'une part, l'augmentation et le vieillissement de la population et, d'autre part, la diminution du risque de décès avant l'âge de 70 ans, comme le traduit la hausse de l'espérance de vie. Il s'agit donc de l'effet combiné de deux réalités : les Québécois et Québécoises meurent en moyenne plus vieux, alors que le population augmente et vieillit.

Évolution du taux comparatif de mortalité pour l'ensemble des causes, selon le sexe, Québec, 1976-1997



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997.

Une baisse du taux de mortalité de 29 % depuis les deux dernières décennies

Durant l'année 1997, on a observé un total de 54 281 décès dans la population du Québec. En 1976, le nombre de décès correspondant était de 43 801. Si l'on utilise une mesure qui annule l'effet du vieillissement de la population, on observe en fait une diminution des risques de décès. Le taux de décès comparatif par âge a baissé de 29 % durant cette période, passant de 1 017,1 par 100 000 personnes à 725,8. La diminution a été du même ordre pour les deux sexes. Elle a touché tous les groupes d'âge mais avec des amplitudes différentes. La baisse la plus marquée est observée chez les jeunes de moins de 24 ans. Elle est attribuable à la baisse de la mortalité infantile et des accidents. La baisse est de moindre ampleur pour les hommes et les femmes de 25 à 44 ans et de 75 ans et plus.

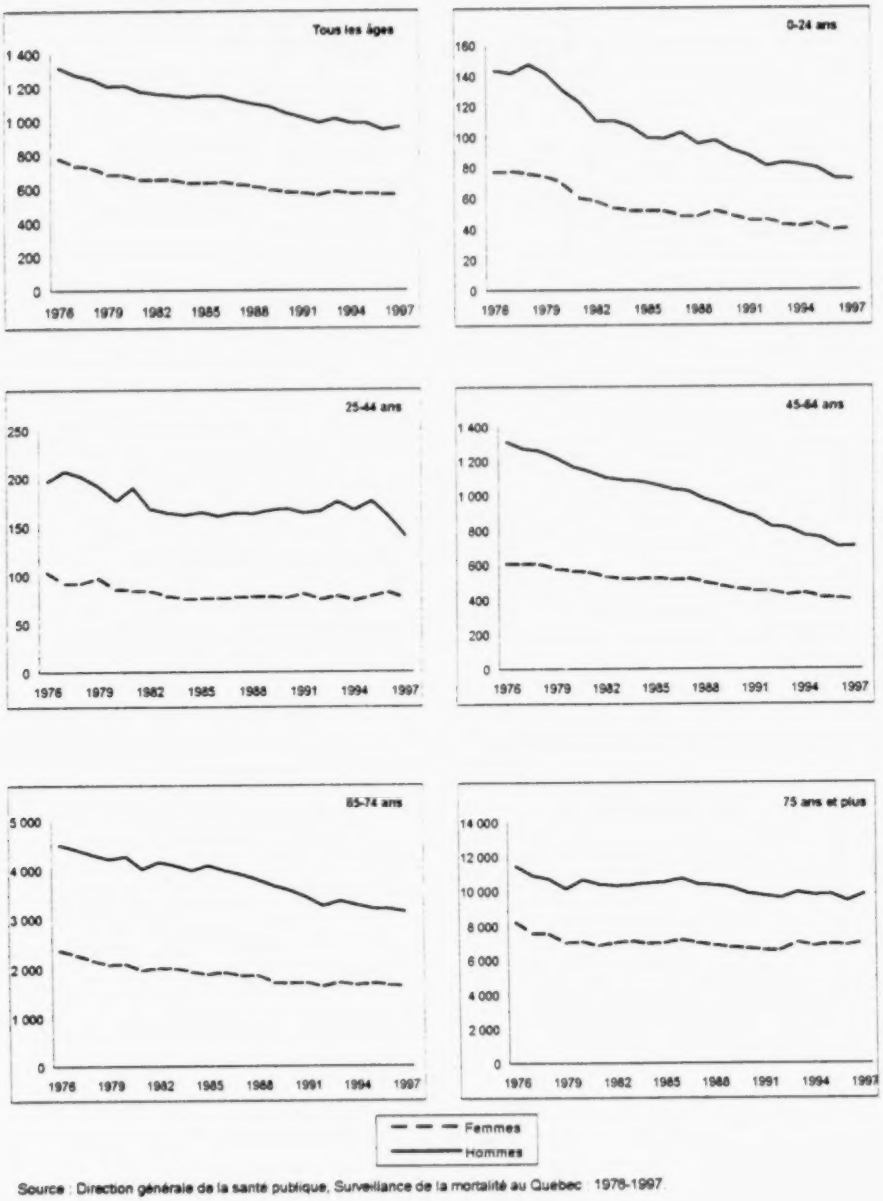
Les hommes meurent plus jeunes que les femmes et ont toujours présenté des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes, et ce, pour chacun des groupes d'âge.

Taux de mortalité par 100 000 personnes pour l'ensemble des causes en 1997 et évolution selon le sexe et l'âge, Québec, 1976-1997

	Hommes	Femmes	Total
Ensemble			
Taux comparatif 1997	958,4	563,2	725,8
Évolution taux 1976-1997 (%)	-27,2	-27,5	-28,6
Moins de 65 ans			
Taux 1997	259,7	148,8	204,8
Évolution taux 1976-1997 (%)	-32,9	-23,8	-29,8
Moins de 25 ans			
Taux 1997	71,9	40,4	56,5
Évolution taux 1976-1997 (%)	-49,9	-47,3	-49,0
25-44 ans			
Taux 1997	138,9	74,7	107,3
Évolution taux 1976-1997 (%)	-29,2	-27,7	-28,7
45-64 ans			
Taux 1997	706,4	395,1	548,4
Évolution taux 1976-1997 (%)	-46,2	-34,6	-42,1
65-74 ans			
Taux 1997	3 139,4	1 616,8	2 299,3
Évolution taux 1976-1997 (%)	-30,4	-31,3	-30,8
75 ans et plus			
Taux 1997	9 836,8	7 047,3	8 026,2
Évolution taux 1976-1997 (%)	-14,1	-14,3	-15,4

Source : Direction générale de la santé publique, janvier 2000

Évolution des taux de mortalité pour l'ensemble des causes selon le sexe et l'âge, 1976-1997 (taux par 100 000 personnes)

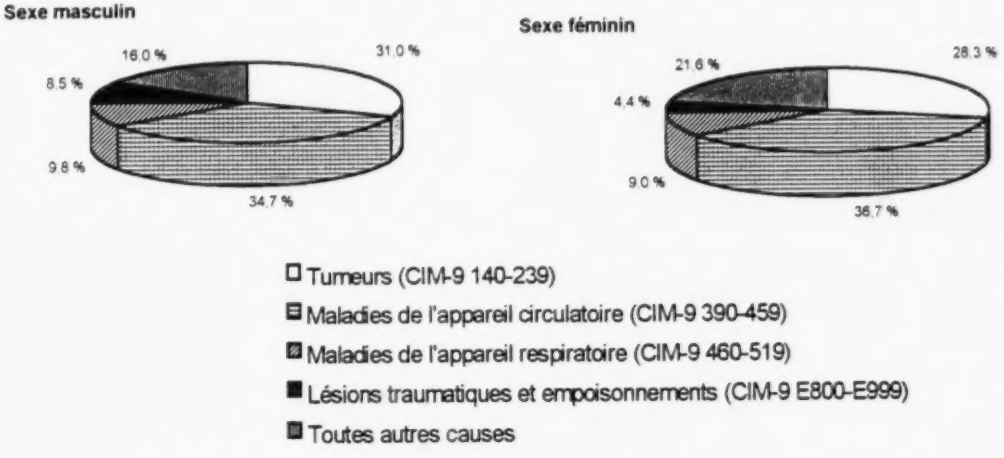


Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec 1976-1997

Les mêmes causes de décès touchent les hommes et les femmes

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès avec plus du tiers des décès, suivies des cancers (environ 30 %), des morts violentes et des maladies respiratoires. Les risques de décès par maladies se présentent dans le même ordre pour les hommes et les femmes, mais les traumatismes entraînent deux fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes (8 % contre 4 %).

Répartition en pourcentage des décès selon la cause, Québec, 1997



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1978-1997.

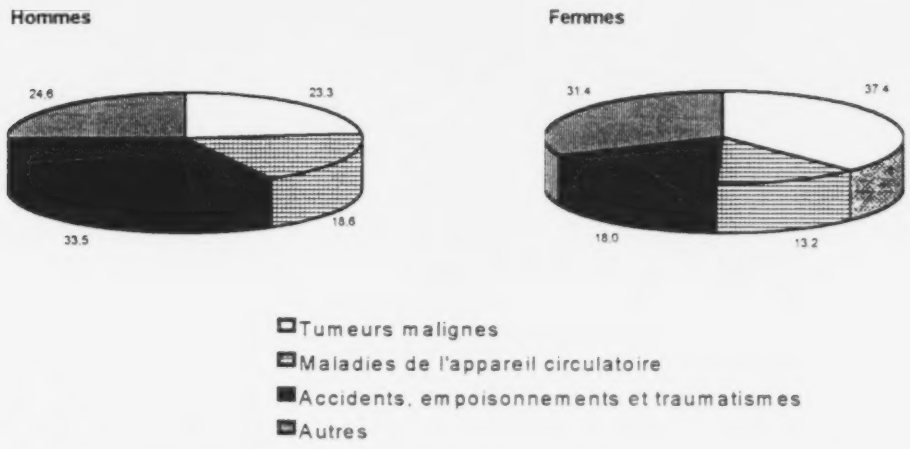
Le taux d'années potentielles de vie perdues est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Le tableau est cependant très différent pour la mortalité précoce. Les années potentielles de vie perdues (APVP) constituent un indicateur de la mortalité prématurée qui permet de prendre en compte la plus ou moins grande précocité des décès. Cet indicateur mesure le nombre d'années que chaque individu, mort prématurément, c'est-à-dire avant l'âge seuil de 70 ans, n'a pas vécues (par exemple, un décès survenu à 45 ans représente vingt-cinq années de vie perdues).

Les hommes perdent deux fois plus d'années potentielles de vie que les femmes (64,3 pour 100 000 personnes comparativement à 33,2 chez les femmes). Le tiers des années potentielles de vie perdues par des hommes est dû à des blessures et à des intoxications, dont près de la moitié sont reliées à un suicide, alors que les cancers en représentent le quart et les maladies cardiovasculaires près du cinquième.

Chez les femmes, 37 % des années potentielles de vie perdues sont dues aux cancers et un peu moins de 20 % aux blessures et aux intoxications. Seulement 13,2 % des années potentielles de vie perdues sont associées aux maladies de l'appareil circulatoire, qui atteignent les femmes un peu plus tard dans leur vie.

Répartition des principales causes d'années potentielles de vie perdues avant 70 ans, Québec, 1997



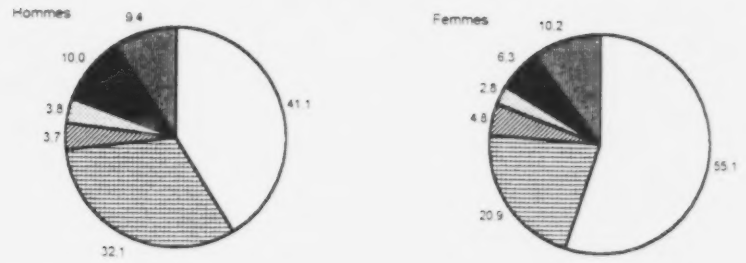
Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Les jeunes adultes meurent surtout des suites de blessures et d'intoxications alors que plus d'aînés meurent des suites de maladies chroniques

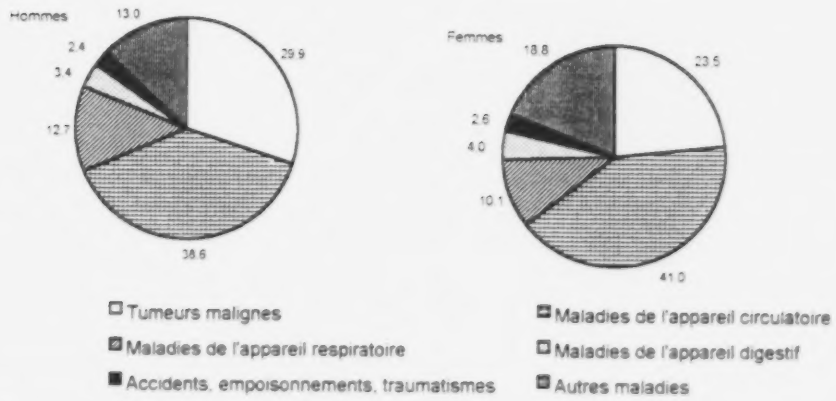
Moins de 25 ans

25-44 ans

45-64 ans



65 ans et plus



Source : Bureau de surveillance épidémiologique, Fichier des décès 1997.

- **Causes de la mortalité chez les moins de 25 ans : les blessures et les intoxications, suivies des cancers**

  Plus de la moitié des décès chez les garçons et les jeunes hommes de moins de 25 ans font suite à des blessures et à des intoxications, tandis que chez les femmes, cette cause représente un peu moins du tiers des décès. La seconde cause de mortalité est le cancer.

- **Causes de la mortalité chez les 25-44 ans : les blessures et intoxications, suivies des cancers, chez les jeunes hommes ; les cancers chez les jeunes femmes**

  Tout comme chez les moins de 24 ans, la moitié des décès chez les hommes de 25 à 44 ans sont associés aux accidents, empoisonnements ou traumatismes et 15 % ont pour origine le cancer. Chez les femmes du même âge, quatre décès sur dix sont attribuables au cancer et un décès sur quatre seulement est associé aux accidents, empoisonnements et traumatismes.

- **Causes de la mortalité chez les 45-64 ans : le cancer, suivi des maladies cardiovasculaires**

  Tant chez les hommes que chez les femmes, ce sont les cancers qui sont à l'origine du plus grand nombre de décès chez les 45-64 ans (41,1 % et 55,1 %). Les maladies

de l'appareil circulatoire arrivent au second rang (32,1 % et 20,9 %) comme cause des décès ; suivent ensuite les traumatismes.

Chez les hommes de moins de 45 ans, un peu plus de un décès sur deux est dû à des blessures intentionnelles ou non intentionnelles, c'est-à-dire des décès évitables. Chez les femmes, cette proportion est moindre mais aussi très importante avec près de trois décès sur dix.

Après l'âge de 45 ans, les blessures sont nettement moins importantes dans les causes de mortalité alors que les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, qui augmentent avec l'âge, expliquent près de 75 % des décès.

- **Causes de la mortalité chez les 65 ans et plus : les maladies chroniques**

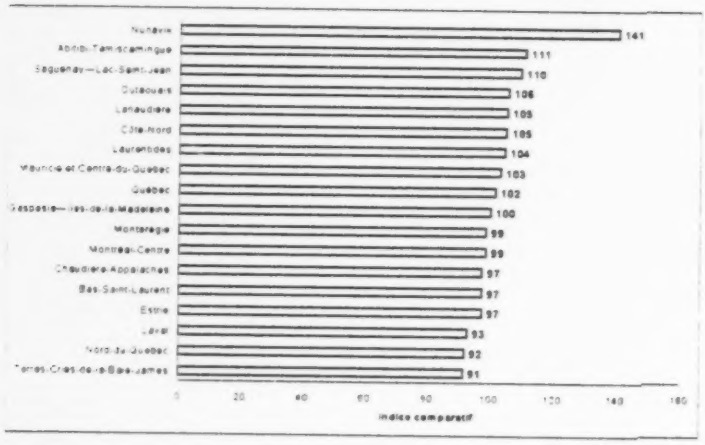
  Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès et représentent quatre décès sur dix chez les personnes de 65 ans et plus (38,6 % chez les hommes et 41 % chez les femmes). Suivent les cancers avec 30 % des décès chez les hommes et 23,5 % des décès chez les femmes. Les maladies de l'appareil respiratoire occupent le troisième rang avec un peu plus de 10 % de l'ensemble des décès.

Malgré la baisse marquée des taux de mortalité au Québec au cours des dernières décennies, des écarts importants subsistent encore entre les régions

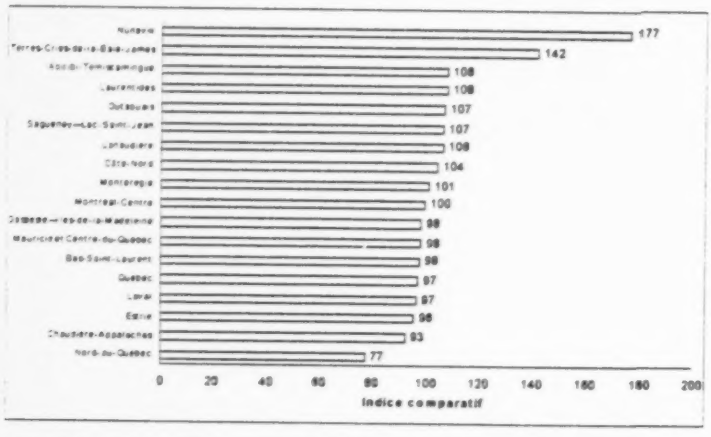
Malgré la baisse substantielle de la mortalité au Québec au cours des dernières années, lorsqu'on compare les taux de mortalité pour l'ensemble des causes selon les régions, on constate des écarts importants entre certaines régions et l'ensemble du Québec. Chez les hommes, neuf régions présentent un taux de mortalité supérieur à celui de l'ensemble du Québec, dont le Nunavik qui a le plus haut taux de mortalité masculine au Québec. Chez les femmes également, neuf régions présentent un taux de mortalité supérieur à celui de l'ensemble du Québec, mais deux régions se distinguent nettement des autres pour leur taux élevé, soit le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Le taux de mortalité enregistré au Nunavik en 1993-1997 se compare à celui observé en 1976 pour l'ensemble du Québec.

Indice de mortalité, toutes causes, selon les régions sociosanitaires, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)

Hommes



Femmes



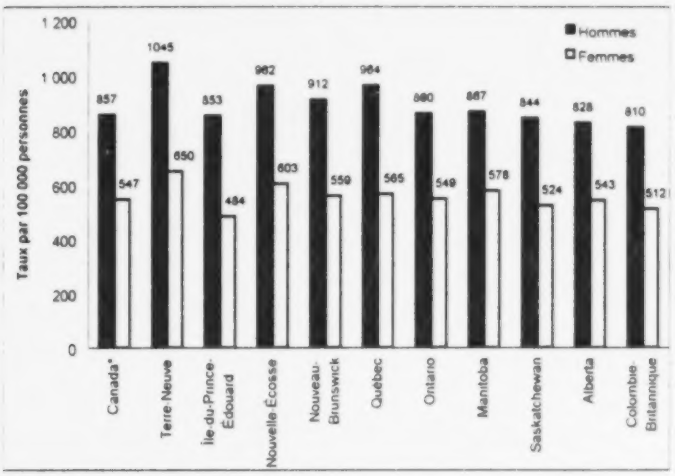
Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1978-1997.

Le deuxième taux de mortalité le plus élevé chez les hommes après Terre-Neuve : plus d'hommes meurent prématurément au Québec

La comparaison des taux de mortalité pour l'ensemble des causes avec les autres provinces du Canada permet de mettre en évidence que, malgré la baisse importante des taux de mortalité au Québec depuis les dernières décennies, le Québec présente encore des taux de mortalité supérieurs à ceux du reste du Canada, tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, chez les hommes, l'écart entre le taux canadien et le taux québécois est nettement plus grand. Seuls les Terre-Neuviens présentent une mortalité supérieure à celle des hommes du Québec. Chez les femmes, les taux de mortalité au Québec les classent au quatrième rang après Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba.

Cette surmortalité des hommes du Québec s'explique principalement par des maladies associées au tabagisme ainsi que par la mortalité des plus jeunes, associée au suicide.

Taux de mortalité comparatifs, par 100 000 personnes, pour l'ensemble des causes, selon les provinces du Canada, 1997



* Excluant le Québec.

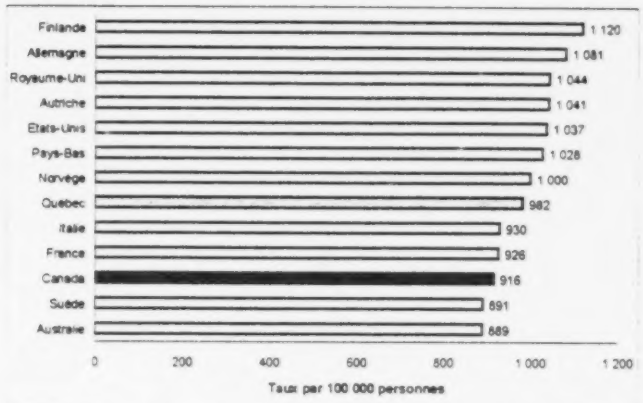
Source : Statistique Canada (données non publiées)

Les Québécois affichent un taux de mortalité relativement bas comparativement à ceux de nombreux pays industrialisés

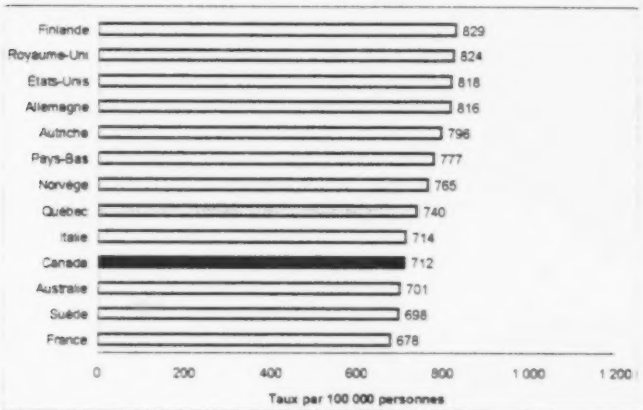
La comparaison avec les autres pays industrialisés permet de constater que les taux de mortalité pour le Québec se situent dans la moyenne, tant chez les hommes que chez les femmes. La Suède, l'Australie, la France et l'Italie sont les seuls pays qui affichent des taux inférieurs chez les deux sexes pour l'ensemble de la mortalité.

Taux de mortalité comparatifs pour l'ensemble des causes, selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

Implications

Malgré de grandes améliorations de l'espérance de vie et de la mortalité infantile au Québec au cours des vingt dernières années, des inégalités importantes demeurent selon les différents milieux.

L'espérance de vie nettement plus courte des Québécois du Nunavik et de milieux défavorisés interpelle tous ceux qui offrent des soins et services mais invite aussi à mettre rapidement en œuvre des interventions et mesures pour favoriser la santé de ces groupes de Québécois pour qui celle-ci est souvent compromise dès la naissance.

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

Les affections chroniques les plus fréquentes sont l'arthrite, le rhumatisme et l'hypertension

Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, les affections chroniques les plus souvent rapportées par l'ensemble de la population québécoise sont l'arthrite et le rhumatisme (13,2 pour 100 personnes), l'hypertension (8,5) les affections respiratoires (5,8), les maladies cardiaques (5,2), l'asthme (5,0) et les troubles mentaux (4,8). La fréquence des problèmes varie selon le sexe. Pour presque toutes les affections chroniques, les femmes rapportent davantage de problèmes que les hommes même si ces différences ne sont pas toujours statistiquement significatives. La catégorie où l'écart entre les femmes et les hommes est le plus important est l'arthrite et le rhumatisme (16,6 pour les femmes contre 9,6 pour les hommes), ce qui reflète notamment une plus grande proportion de femmes que d'hommes aînés.

Fréquence des problèmes de santé selon le sexe, Québec, 1987 et 1998

Problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes					
	Hommes		Femmes		Total	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998
Arthrite et rhumatisme	7,7	9,6	13,7	16,6	10,7	13,2
Hypertension	4,7	7,0	7,9	10,0	6,3	8,5
Affections respiratoires	4,2	5,1	4,3	6,4	4,3	5,8
Maladies cardiaques	4,1	5,3	4,3	5,1	4,2	5,2
Asthme	2,2	4,5	2,4	5,4	2,3	5,0
Troubles mentaux	3,7	3,9	5,4	5,6	4,6	4,8
Diabète	1,4	2,7	1,9	2,9	1,7	2,8
Bronchite ou emphysème	1,8	2,2	1,9	2,7	1,9	2,5

Source : Enquête Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1998

Augmentation du diabète, de l'arthrite, de l'asthme et autres affections chroniques, depuis 1987

Si l'on compare les résultats de deux enquêtes Santé Québec (1987 et 1998), on observe une augmentation de la fréquence des affections chroniques déclarées dans la majorité des catégories à l'exception des troubles mentaux.

La fréquence et le type de problèmes chroniques rapportés dans l'enquête varient selon l'âge de façon très importante. Chez les jeunes de moins de 25 ans, c'est l'asthme (6,6 chez les 0-14 ans et 5,6 chez les 15-24 ans) qui est le problème chronique rapporté le plus souvent. L'arthrite et le rhumatisme sont rapportés chez 9,6 % de la population et les troubles mentaux chez 5,1 %, suivis de l'asthme dans un pourcentage de 4 %.

Chez les personnes de 45 à 64 ans, près de une personne sur cinq rapporte des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, 14,7 % de l'hypertension artérielle et 7 % déclarent avoir des maladies cardiaques et, dans la même proportion, des troubles mentaux.

Ce sont les personnes de 65 ans et plus qui rapportent les problèmes de santé avec le plus de fréquence. En 1998, près de quatre aînés sur dix déclaraient souffrir d'arthrite et de rhumatisme ou de problèmes d'hypertension. Un peu plus d'une personne sur quatre avait un problème cardiaque et 11 % de la population de cet âge déclarait un diabète. La progression de l'hypertension et des maladies cardiaques est importante depuis 1987, chez les personnes de 65 ans et plus, tandis qu'on note peu de changement dans la fréquence de ces problèmes chez les adultes de 45 à 64 ans. Le diabète est la maladie chronique pour laquelle on observe la plus grande augmentation depuis 1987. La prévalence de cette maladie a presque doublé chez les personnes de plus de 65 ans.

Fréquence des problèmes de santé selon le sexe, chez les personnes de 65 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

Problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes					
	Hommes		Femmes		Total	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998
Arthrite et rhumatisme	29,0	27,6	43,5	47,1	37,4	38,8
Hypertension	19,2	30,9	33,6	42,0	27,6	37,3
Maladies cardiaques	23,5	27,2	21,2	25,8	22,2	26,4
Diabète	5,6	10,6	7,7	11,3	6,8	11,0

Source : Enquête Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1998

Le sida

Au cours des dernières décennies, la prévalence des maladies infectieuses a radicalement diminué en raison des mesures de prévention et de protection. En contrepartie, durant ces mêmes années, de nouveaux problèmes sont apparus, dont le sida.

Au 31 décembre 1999, il y avait au Québec 5 565 cas de sida déclarés, dont 4 925 hommes et 640 femmes. Depuis 1996, on observe une diminution des cas de sida déclarés. En effet, le taux d'incidence observé en 1999 est de 0,5 % par 100 000 personnes, tandis qu'il était de 5,1 % en 1996. Montréal-Centre est la région où l'on enregistre le plus de cas déclarés de sida.

Les nouvelles thérapies contre le VIH sont sûrement associées à ce changement dans le profil de diagnostic. Cependant, il faut considérer que la période de temps entre l'infection du VIH et l'apparition de conditions indicatrices de sida peut aller jusqu'à dix ans et plus.

Nombre total de cas déclarés de sida et taux d'incidence selon l'âge au diagnostic de la maladie, par année de diagnostic[1], au 31 décembre 1999, Québec

	Année de diagnostic													
	1979-1994		1995		1996		1997		1998		1999		Total	
Âge (ans)	n	Taux[2]	n	Taux[2]	n	Taux[2]	n	Taux[2]	n	Taux[2]	n	Taux[2]	n	Taux[4]
< 15	72	0,3	12	0,9	5	0,4	7	0,5	0	0,0	1	0,1	97	7,0
15-19	17	0,2	0	0,0	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	20	4,3
20-24	154	1,5	10	2,1	8	1,7	3	0,6	0	0,0	0	0,0	175	32,0
25-29	620	5,9	58	10,8	30	5,8	12	2,4	18	3,6	0	0,0	738	110,8
30-34	987	10,2	105	15,9	75	11,7	46	7,4	29	4,9	9	1,6	1251	191,1
35-39	926	10,6	117	17,7	92	13,7	52	7,7	35	5,2	11	1,6	1233	211,7
40-44	693	9,3	81	13,6	70	11,5	37	5,9	21	3,3	10	1,5	912	173,3
45-49	396	6,9	80	14,8	37	6,7	29	5,2	22	3,9	3	0,5	567	135,4
50-54	187	3,5	28	6,4	30	6,6	15	3,1	7	1,4	3	0,6	270	80,0
55-59	111	2,1	19	5,6	11	3,1	7	1,9	4	1,0	2	0,5	154	46,2
60 +	112	0,7	14	1,2	14	1,2	4	0,3	2	0,2	2	0,2	148	14,3
Total	4275	4,0	524	7,1	374	5,1	213	2,9	138	1,8	41	0,5	5565	80,1

1 : Pour le regroupement des années de diagnostic, voir la note technique 3.4.
2 : Incidence annuelle moyenne par 100 000 personnes (voir la note technique 4.1b).
3 : Incidence annuelle par 100 000 personnes (voir la note technique 4.1a).
4 : Incidence cumulative par 100 000 personnes (voir la note technique 4.2).

Source : Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Québec, cas cumulatifs 1979-1999, mise à jour no 1999-2, au 31 décembre 1999, Québec.

L'Alzheimer

L'augmentation du nombre de personnes âgées s accompagne d'une augmentation des problèmes cognitifs tels que l'Alzheimer et les autres démences. Selon l'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, on estime que 8 % des personnes de plus de 65 ans souffrent d'une forme de démence et que ce chiffre serait de 35 % pour celles de 85 ans et plus.

Au Québec, cette estimation signifie qu'en 1999, 77 183 personnes souffraient de démence, dont la majorité pour un problème d'Alzheimer, et que ce nombre serait de 103 784 en 2009.

Le diabète

Comme l'illustre la comparaison entre l'Enquête Santé Québec 1987 et l'Enquête sociale et de santé 1998, le diabète est une maladie en progression au Québec. Les prévalences observées dans ces enquêtes sont sous-évaluées en raison de la méthodologie d'autodéclaration utilisée et elles ne permettent pas de rendre compte de l'ampleur réelle de ce problème de santé.

Des données préliminaires calculées à partir des consultations médicales faites auprès des médecins établissent la prévalence du diabète à 5,6 % pour la population de 15 ans et plus et à 15,5 % pour la population de 65 ans et plus. Ces dernières données sont nettement supérieures à celles produites dans la récente enquête de santé. Par ailleurs, tout en étant nettement plus élevées, les données estimées à partir des consultations médicales sont également sous-estimées puisque de nombreuses personnes qui souffrent de diabète ne sont pas diagnostiquées.

Si pour l'ensemble de la population québécoise le diabète est un problème de santé très prévalent, cette maladie toucherait davantage les communautés autochtones. Selon un projet de surveillance développé chez les Cris, la prévalence du diabète dans la

population des 15 ans et plus serait le double dans cette communauté comparativement à la même population dans l'ensemble du Québec.

Prévalence du diabète au Québec en 1998 selon les données de la RAMQ et l'Enquête sociale et de santé 1998 (données préliminaires)

Groupe d'âge	RAMQ			Enquête sociale et de santé		
	hommes	femmes	total	hommes	femmes	total
15 et +	5,81	5,89	5,85	3,35	3,57	3,46
45 et +	11,74	10,15	10,89	6,77	6,36	6,55
65 et +	16,57	14,79	15,52	10,59	11,33	11,01
Total	**4,75**	**4,89**	**4,82**	**2,72**	**2,93**	**2,82**

Source : Bureau de surveillance épidémiologique (données préliminaires), décembre 1999

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires : la première cause de décès

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité au Québec en 1997 avec près de 20 000 décès par année, dont 9 821 chez les hommes et 9 515 chez les femmes. Les myocardiopathies ischémiques (infarctus et défaillance cardiaque) sont responsables du plus grand nombre de décès par maladies cardiovasculaires chez les hommes et chez les femmes.

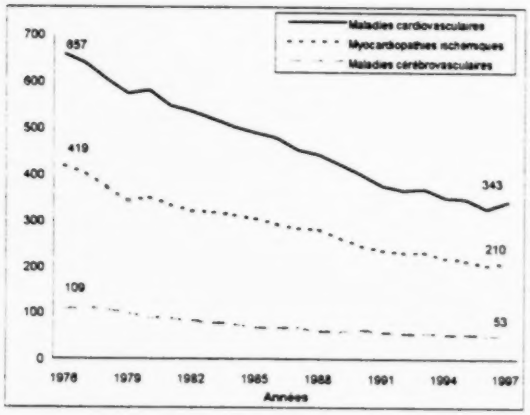
Depuis vingt ans, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de moitié

Contrairement aux autres affections chroniques, l'amélioration des soins pour les maladies coronariennes et l'hypertension a permis de diminuer la mortalité par maladies cardiovasculaires. Entre 1976 et 1996, les décès attribuables aux maladies cardiovasculaires ont diminué de 50 % pour les deux sexes. Cette diminution est de la même ampleur tant pour les myocardiopathies ischémiques que pour les maladies cérébrovasculaires, deux principaux groupes de maladies cardiovasculaires. On observe toutefois un ralentissement dans la décroissance des taux de mortalité pour les dernières années.

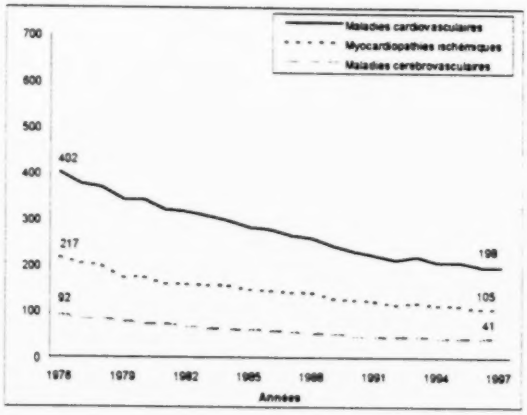
En contrepartie, les personnes vivent plus longtemps avec des affections cardiovasculaires et risquent également de développer de l'insuffisance cardiaque, ce qui devrait accroître les hospitalisations reliées à ce problème.

Évolution du taux comparatif de mortalité, maladies cardiovasculaires, Québec, 1976-1997

Hommes



Femmes

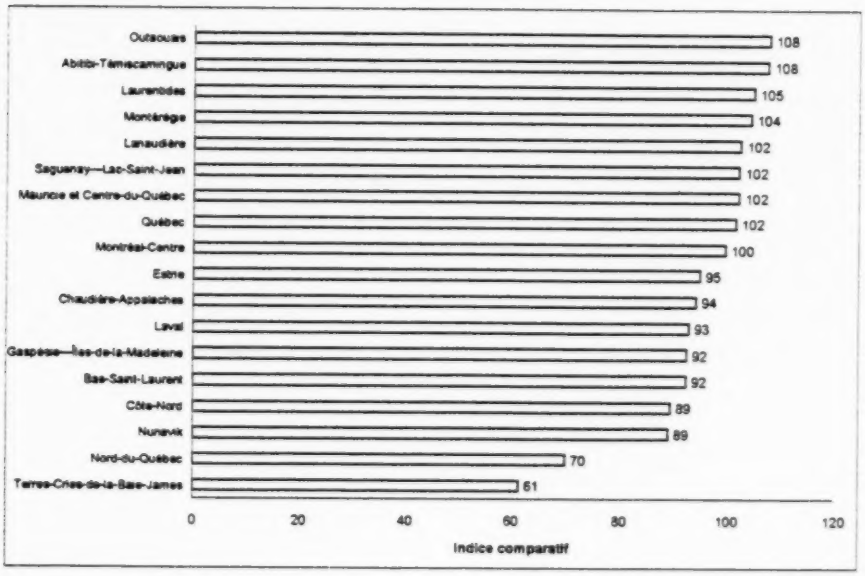


Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Chez les hommes comme chez les femmes, quatre régions affichent des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires significativement supérieurs à la moyenne provinciale : l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides et la Montérégie.

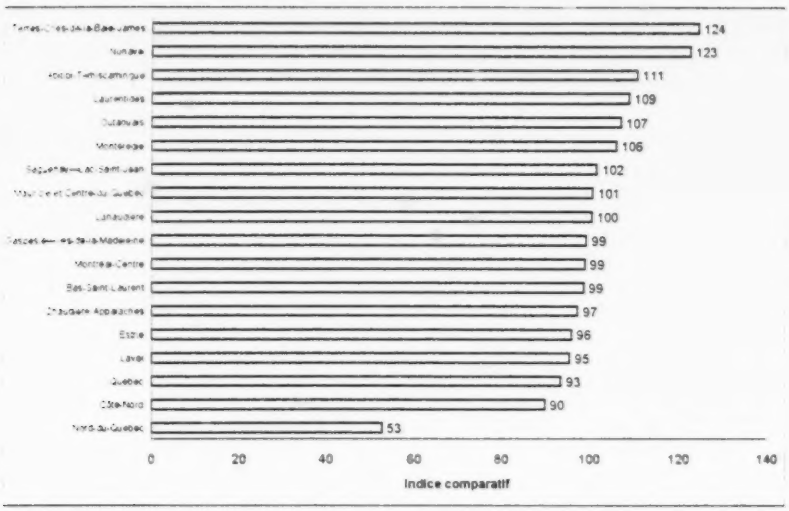
Indice de mortalité, maladies cardiovasculaires, selon les régions sociosanitaires, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)

Hommes



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Femmes



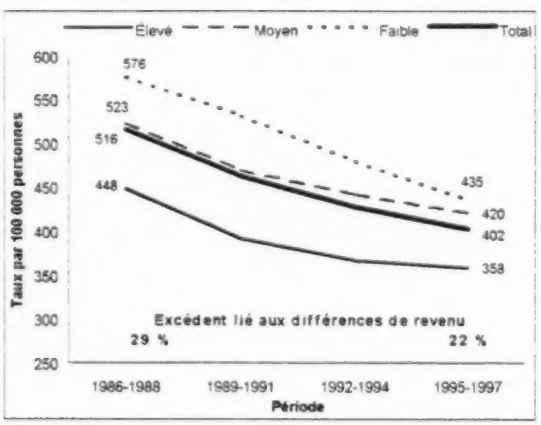
Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

La mortalité par maladies cardiovasculaires : des disparités encore importantes selon les revenus malgré une réduction des écarts depuis dix ans

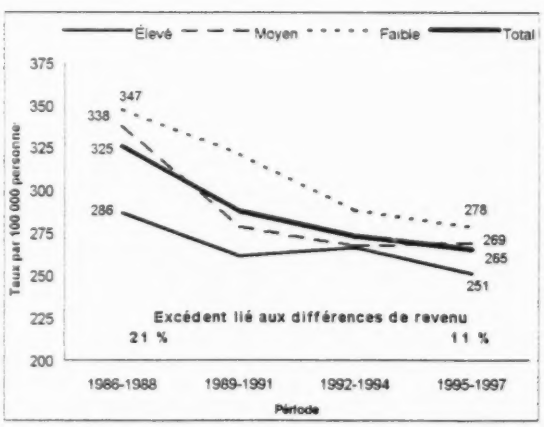
La mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué au cours des années, et cela, dans tous les groupes de la population peu importe le revenu. Cependant, malgré la baisse impressionnante de la mortalité, des écarts importants entre les niveaux de revenu persistent. Pour la dernière période (1995-1997), selon une analyse réalisée dans la région de Montréal-Centre, on observe un excédent lié aux différences de revenu de 22 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes entre la population appartenant au tertile de faible revenu et la population appartenant à la catégorie de revenu la plus élevée.

Taux comparatifs de mortalité par maladies cardiovasculaires en fonction des tertiles de revenu, Montréal-Centre, 1986-1997

Hommes



Femmes



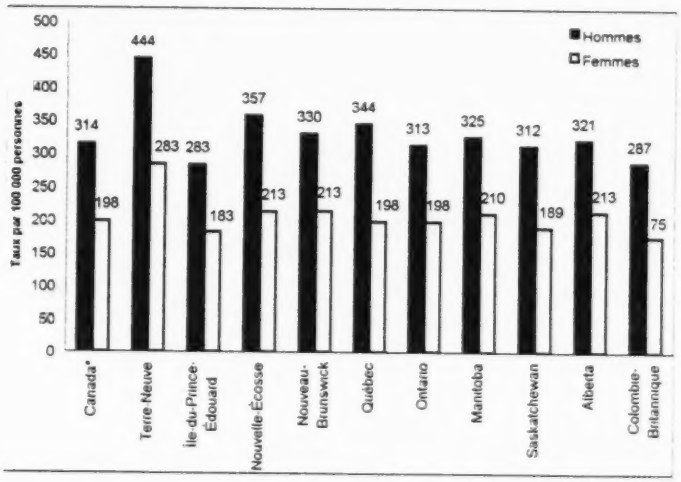
Source : Robert Choinière, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000.
www.santepub-mtl.qc.ca

Chez les femmes, les mêmes constats sont établis, mais les écarts de taux de mortalité sont moins importants et ils ont diminué de façon significative entre la période 1986-1988 et la période 1995-1997.

Les femmes québécoises affichent le même taux de mortalité par maladies cardiovasculaires que les autres Canadiennes

Malgré la baisse spectaculaire de la mortalité par maladies cardiovasculaires au cours des deux dernières décennies, des écarts notables subsistent encore entre les différentes régions du Canada. Le Québec affiche chez les hommes un taux de mortalité supérieur au taux canadien, et arrive au troisième rang après les provinces de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse qui ont les taux les plus élevés. Les femmes québécoises quant à elles présentent un taux de mortalité équivalant au taux moyen observé dans le reste du Canada.

Taux de mortalité comparatifs, par 100 000 personnes, par maladies cardiovasculaires, selon les provinces du Canada, 1997



* Excluant le Québec.

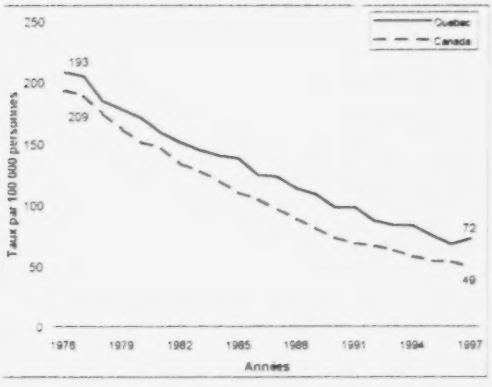
Source : Statistique Canada, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

Les observations faites pour l'ensemble de la mortalité par maladies cardiovasculaires cachent deux réalités différentes : une bonne performance pour les maladies cérébrovasculaires, mais qui est annulée par une moins bonne performance pour les décès par cardiopathies ischémiques, tant chez les hommes que chez les femmes. La mauvaise performance relative aux décès par cardiopathies ischémiques (défaillance cardiaque et infarctus) est attribuable à des décès par infarctus à un plus jeune âge au Québec.

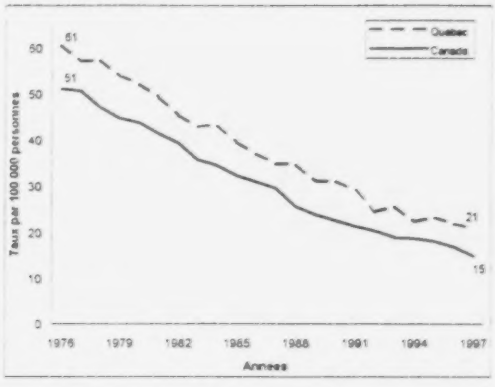
Le graphique sur l'évolution de la mortalité par infarctus du myocarde avant l'âge de 70 illustre bien cette surmortalité des Québécois par comparaison avec les Canadiens. Cependant, le fait le plus inquiétant est que cette surmortalité a augmenté chez les hommes depuis 1976. Chez les femmes québécoises, on observe également une surmortalité par comparaison avec les Canadiennes mais cet écart s'est amoindri au cours des dernières années.

Évolution du taux de mortalité par infarctus du myocarde chez les 25-69 ans, 1976 à 1997

Hommes



Femmes



Source : Statistique Canada (données non publiées), compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

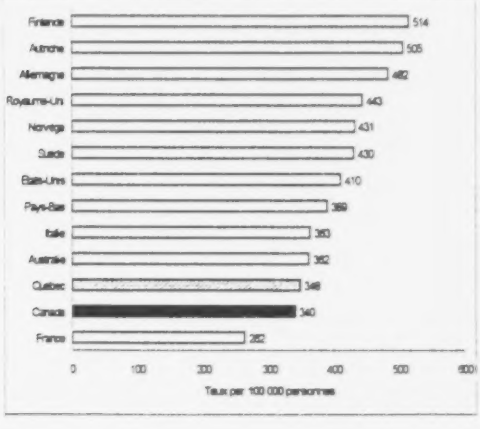
Le Québec présente un des plus faibles taux de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires parmi les pays industrialisés

Les gains énormes réalisés sur le plan de la mortalité par maladies cardiovasculaires au cours des deux dernières décennies se traduisent par des performances exceptionnelles du Québec comparativement aux pays industrialisés. Tant chez les hommes que chez les femmes, pour tous les âges confondus, le Québec présente les taux de mortalité les plus faibles après la France et le Canada. Les comparaisons avec les pays industrialisés selon les causes spécifiques révèlent que le Québec affiche les taux de mortalité les plus bas par maladies cérébrovasculaires pour les deux sexes. Par contre, il se classe respectivement au quatrième et au cinquième rang chez les hommes et les femmes pour la mortalité par myocardiopathies ischémiques.

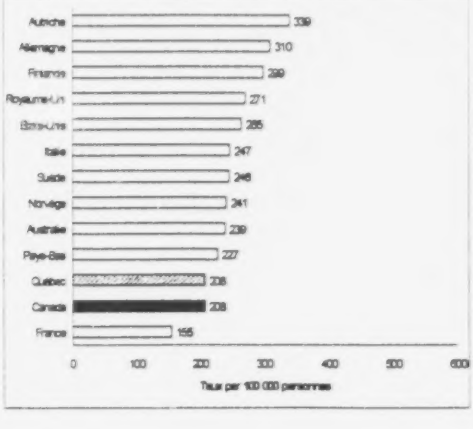
Taux comparatifs de mortalité selon certains pays industrialisés, 1995

Maladies cardiovasculaires

Hommes

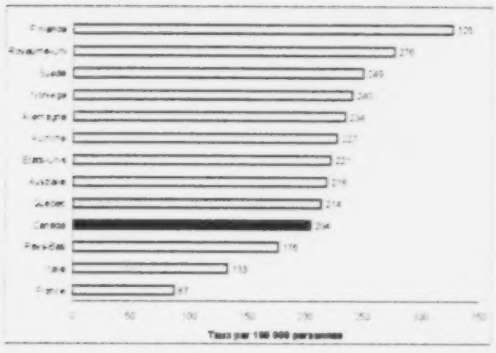


Femmes

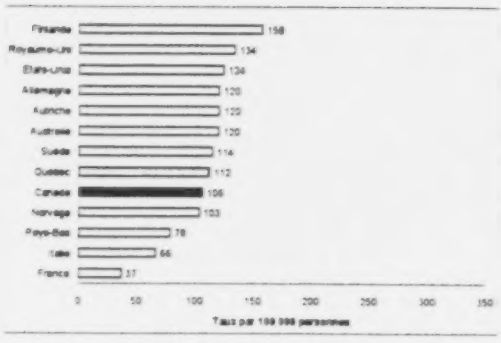


Myocardiopathies ischémiques

Hommes

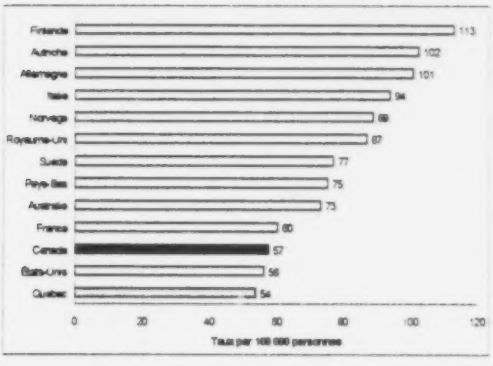


Femmes

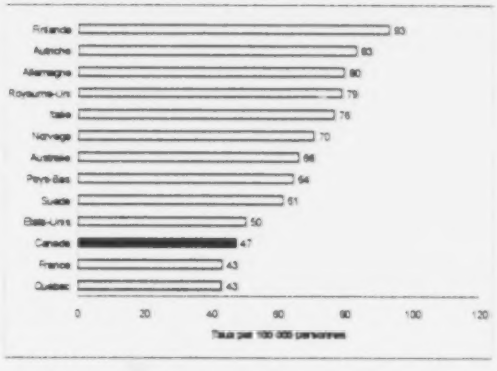


Maladies cérébrovasculaires

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

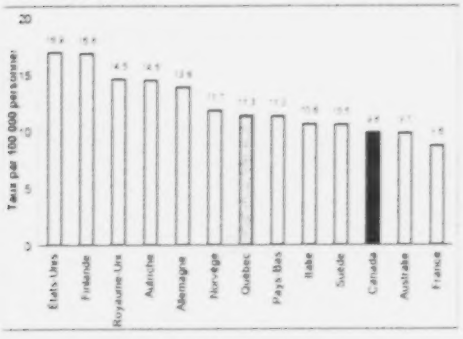
Les Québécois et les Québécoises meurent prématurément de maladies cardiovasculaires

L'analyse des années potentielles de vie perdues (APVP) révèle une toute autre situation de la mortalité par maladies cardiovasculaires. Si globalement, pour l'ensemble des groupes d'âge, le Québec présente le troisième meilleur taux de mortalité chez les hommes par maladies cardiovasculaires, il affiche une moins bonne performance pour les années potentielles de vie perdues avant l'âge de 70 ans. En effet, les hommes québécois perdent 11,3 années potentielles de vie par 1 000 habitants à cause des maladies cardiovasculaires tandis que les Français n'en perdent que 8,6. La mise en perspective du taux d'APVP avec le taux de mortalité signifie que les Québécois meurent plus jeunes de maladies du cœur et qu'ils affichent de bons taux de mortalité aux âges avancés. Cette situation est probablement attribuable aux performances atteintes dans les soins secondaires et tertiaires. Par contre, la mortalité précoce indique que des gains importants peuvent être faits en matière de promotion de la santé et de prévention primaire auprès des jeunes et des adultes, surtout chez les hommes.

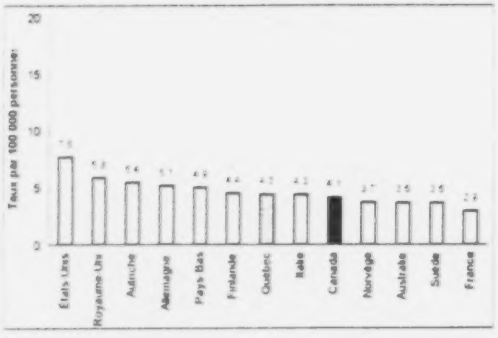
Taux comparatifs d'APVP avant 70 ans, selon certains pays industrialisés, 1995

Maladies cardiovasculaires

Hommes

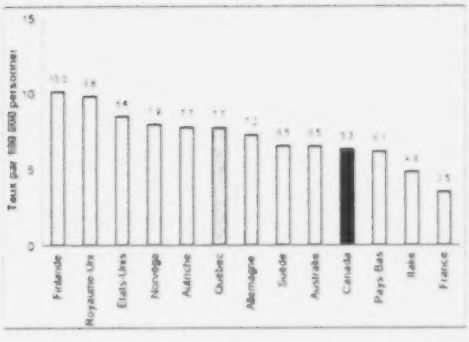


Femmes

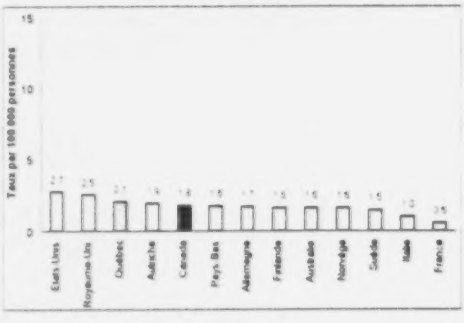


Myocardiopathies ischémiques (infarctus et défaillance cardiaque)

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

La situation des Québécoises est similaire à celle des hommes. Les Québécoises perdent 4,3 années potentielles de vie en raison de maladies cardiovasculaires, ce qui les situe au septième rang.

Si l'on considère uniquement les décès par infarctus et par défaillance cardiaque, les Québécoises ont de moins bonnes performances comparativement aux femmes des autres pays industrialisés. Les Québécoises se situent alors au onzième rang, avec un taux comparable à celui des femmes autrichiennes, et seules les femmes des États-Unis et du Royaume-Uni présentent des taux d'APVP supérieurs. Les hommes québécois occupent sensiblement le même rang peu enviable pour leurs années potentielles de vie perdues que pour leur taux de mortalité par infarctus et défaillance cardiaque (myocardiopathies ischémiques).

Les cancers

Le nombre de nouveaux cas de cancer ne cesse de croître, reflet de l'augmentation et du vieillissement de la population

En 1999, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancer dans la population du Québec à 31 800, dont 52 % chez les hommes. Cela représente une augmentation de 20 % en sept ans puisque le nombre de cas estimé en 1990 était de 26 587. Le cancer étant une maladie qui frappe beaucoup plus de personnes âgées, le nombre de nouveaux cas de cancer devrait continuer à s'accroître au cours des prochaines années. Cette croissance est évaluée à 3 % annuellement.

Pour les deux sexes, plus de 50 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types en particulier, à savoir le cancer du poumon, le cancer de la prostate, et le cancer du côlon et du rectum chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon, et le cancer du côlon et du rectum chez la femme. En l'an 2000, on estime que chez les hommes, il y aura 4 000 nouveaux cas de cancer du poumon, 3 300 nouveaux cas de cancer de la prostate et 2 300 nouveaux cas de cancer du côlon et du rectum. Chez les femmes, on estime qu'il y aura 4 500 nouveaux cas de cancer du sein, 2 100 de cancer du côlon et du rectum, et 1 950 nouveaux cancers du poumon.

En 1997, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité au Québec, avec 15 923 décès, soit 8 675 chez les hommes et 7 248 chez les femmes. Les taux de mortalité par tumeur maligne sont à peu près les mêmes en 1997 à ce qu'ils étaient en 1976. Cette stabilité apparente masque en fait la combinaison de deux tendances opposées : une hausse du risque de décès par cancer du poumon et une diminution du risque de décès par autres cancers. On ne doit cependant pas en conclure qu'il n'y a pas eu de fluctuations au cours de la période visée. Ainsi, de 1976 jusqu'au début des années 1990, les taux de mortalité par cancer ont progressé pour ensuite diminuer et revenir à un taux comparable à celui de 1976.

Les cancers occasionnent plus de 600 000 journées d'hospitalisation par année, dont le tiers pour des adultes de 45 à 64 ans

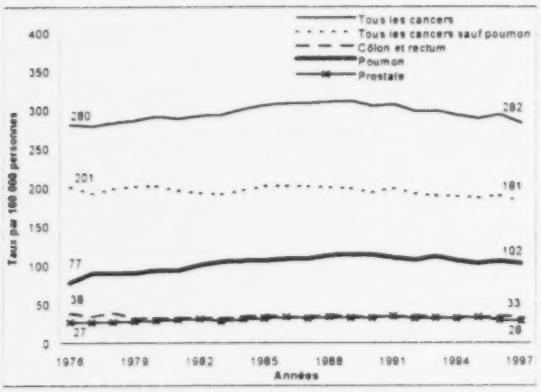
Si les cancers font plus de victimes chez les personnes âgées, le tiers des journées d'hospitalisation pour soigner un cancer concernent des adultes de 45 à 64 ans (34 %).

Chez les femmes, le cancer du poumon tue maintenant plus que le cancer du sein

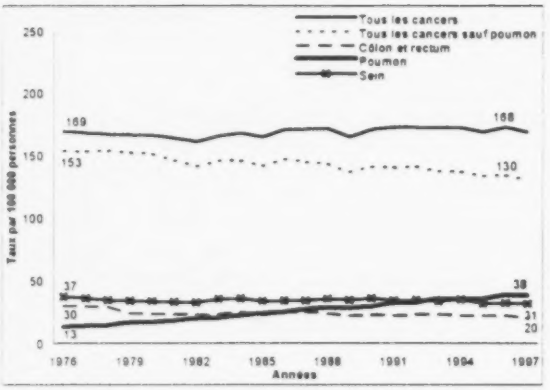
Depuis 1993, le cancer du poumon chez les femmes est devenu le cancer qui tue le plus, devançant le cancer du sein. En 1997, on enregistrait 1 592 décès associés au cancer du poumon. Le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes a augmenté de près de 200 % en vingt ans, passant de 13,1 par 100 000 personnes en 1976 à 38,4 en 1997. Pendant la même période, des progrès ont été réalisés dans la lutte contre le cancer du sein, puisque le taux de mortalité par cancer du sein est passé de 37,2 par 100 000 femmes en 1976 à 31,4 en 1997, soit une baisse de 16 % alors que l'incidence de cette maladie a augmenté. La mortalité par cancer du côlon et du rectum chez les femmes a également diminué entre 1976 et 1997.

Évolution du taux comparatif de mortalité par cancer, Québec, 1976-1997

Hommes



Femmes



Source : Direction générale de la santé publique. Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997.

Augmentation du taux de décès par cancer du poumon mais diminution pour les autres cancers

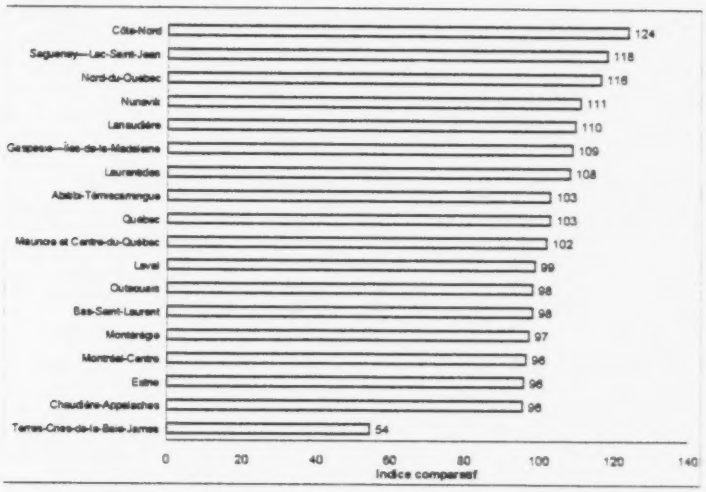
Chez les hommes, le cancer du poumon (trachée, bronches et poumons) est le cancer à l'origine du plus grand nombre de décès avec 3 203 morts en 1997. De 1976 jusqu'en 1990, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté pour ensuite diminuer lentement.

Par contre, le taux de décès attribuables à des cancers autres que le cancer du poumon a diminué de 10 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes. Le risque de décès par cancer de l'estomac a aussi diminué en raison probablement de changements d'ordre alimentaire. Tout comme chez les femmes, des gains ont également été réalisés chez les hommes au cours des deux dernières décennies pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum. Par contre, il y a eu très peu de changement dans la mortalité par cancer de la prostate, même si son incidence augmente.

Chez les hommes, la Côte-Nord, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, Lanaudière, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, les Laurentides et l'Abitibi-Témiscamingue enregistrent des taux de mortalité par tumeurs malignes significativement supérieurs à l'indice moyen québécois.

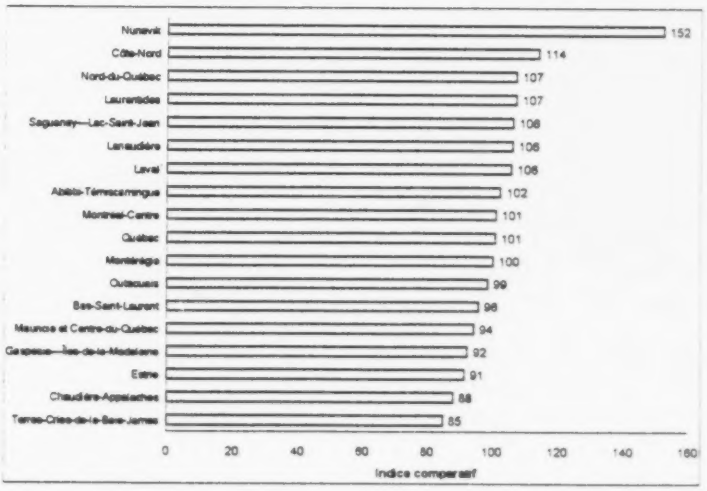
Chez les femmes, la Côte-Nord, les Laurentides, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, Lanaudière et Laval enregistrent des taux de mortalité par tumeurs malignes significativement plus hauts que la moyenne québécoise.

Indice de mortalité, tumeur maligne, chez les hommes, selon les régions sociosanitaires, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Indice de mortalité, tumeur maligne, chez les femmes, selon les régions sociosanitaires Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

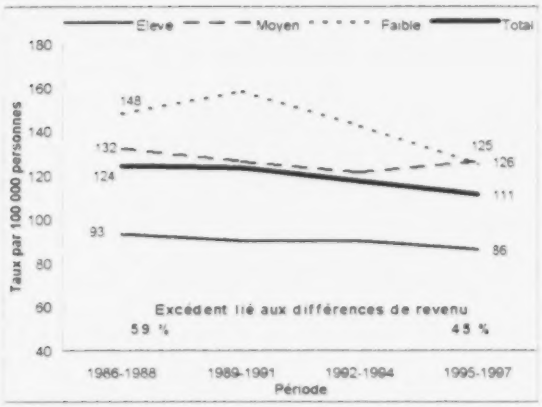
Les taux de mortalité par cancer du poumon sont plus élevés chez les Québécois à faible revenu

Les analyses faites dans la région de Montréal-Centre sur les disparités de revenu et la santé permettent de constater des différences dans la mortalité par cancer du poumon selon le niveau de revenu, tant chez les femmes que chez les hommes. On observe que les hommes du tertile de faible revenu ont des taux de mortalité nettement supérieurs à ceux enregistrés chez les hommes de la catégorie de revenu élevé. L'excédent lié aux différences de revenu entre le tertile de faible revenu et celui de revenu élevé est de 45 % pour la période 1995-1997, tandis qu'il était de 59 % pour la période de 1986-1988. Des

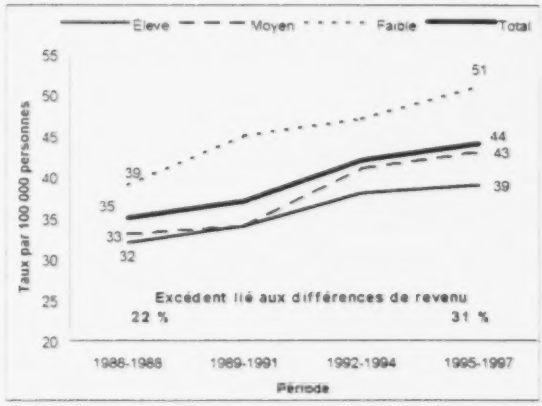
différences sont également observées chez les femmes mais les écarts sont moindres que chez les hommes. L'excédent lié aux différences de revenu est de 31 % pour la période de 1995-1997 alors qu'il était de 22 % en 1986-1988. Contrairement à ce qui est observé chez les hommes, l'écart entre les taux enregistrés chez les femmes de la catégorie de faible revenu et ceux observés dans la population à revenu élevé va en augmentant. Cette situation est d'autant plus inquiétante que l'on sait que le cancer du poumon est en progression fulgurante chez les femmes québécoises.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon en fonction des tertiles de revenu, Montréal-Centre, 1986-1997

Hommes



Femmes



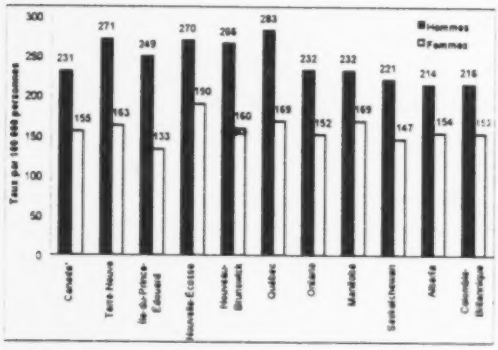
Source : Robert Choinière, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000
www.santepub-mtl.qc.ca

Les hommes québécois décèdent prématurément par cancer plus que partout ailleurs au Canada

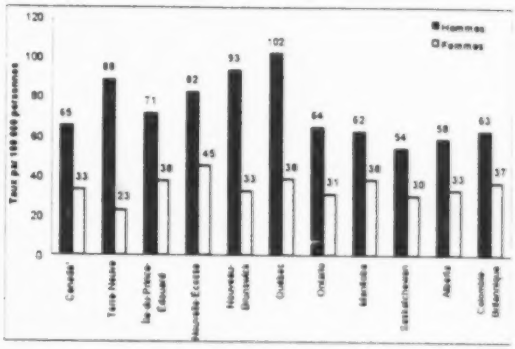
Le risque de mourir du cancer est plus élevé chez les hommes du Québec que chez ceux de toutes les autres provinces du Canada (22 % de plus que la moyenne canadienne). Seules les femmes de la Nouvelle-Écosse présentent une mortalité supérieure à celles des Québécoises. Ces faibles performances des Québécois et des Québécoises s'expliquent par une surmortalité par cancer du poumon et par cancer du côlon et du rectum. Cependant, c'est davantage pour la mortalité par cancer du poumon que les Québécois affichent une surmortalité impressionnante comparativement aux autres provinces, soit 57 % de plus que la moyenne des autres provinces canadiennes. En Saskatchewan, où le taux de tabagisme est plus faible depuis de nombreuses années, le taux de mortalité est deux fois moindre que celui du Québec (54 par 100 000 personnes).

Taux de mortalité comparatifs, par 100 000 personnes, selon les provinces du Canada, 1997

Ensemble des cancers



Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

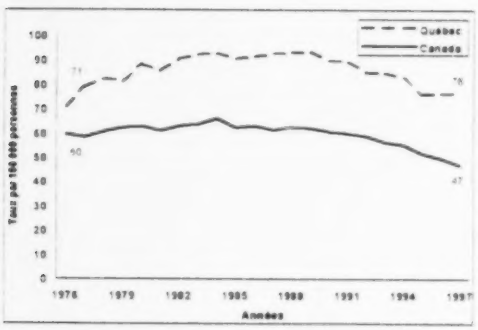


Source : Statistique Canada, compilation faite au Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

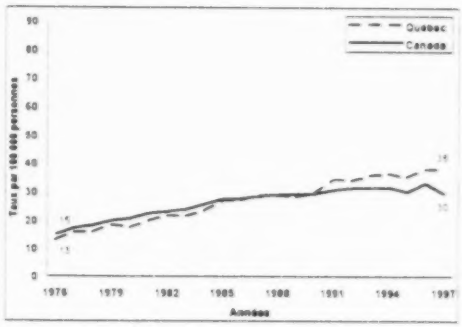
Les graphiques sur l'évolution des taux de mortalité chez les 25-69 ans par cancer du poumon illustrent bien la constance de cette surmortalité au Québec en comparaison du reste du Canada. Chez les hommes, on constate que, de 1976 à 1997, les Québécois ont toujours présenté une surmortalité importante par rapport au Canada et que celle-ci s'est accrue au cours des années. Chez les Québécoises, la situation est différente. C'est seulement depuis le début des années 1990 qu'elles connaissent une surmortalité par cancer du poumon par comparaison avec les Canadiennes, ce qui reflète l'augmentation plus récente du tabagisme chez les Québécoises que chez les autres Canadiennes.

Évolution du taux de mortalité par cancer du poumon chez les 25-69 ans, 1976 à 1997

Hommes



Femmes



Source : Statistique Canada (données non publiées), compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

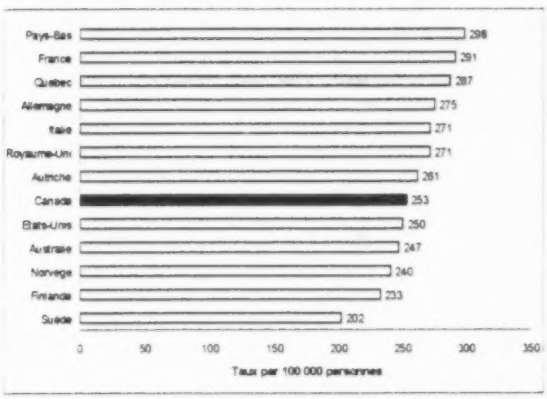
Le Québec présente également une mauvaise performance sur le plan de la mortalité par cancer comparativement à certains pays industrialisés

La comparaison avec les autres pays industrialisés révèle la même tendance que celle résultant de la comparaison avec les provinces du Canada : le Québec présente des taux très élevés de mortalité par cancer, et cela, tant chez les hommes que chez les femmes. Ici aussi, cette mauvaise performance des Québécois pour l'ensemble des cancers est

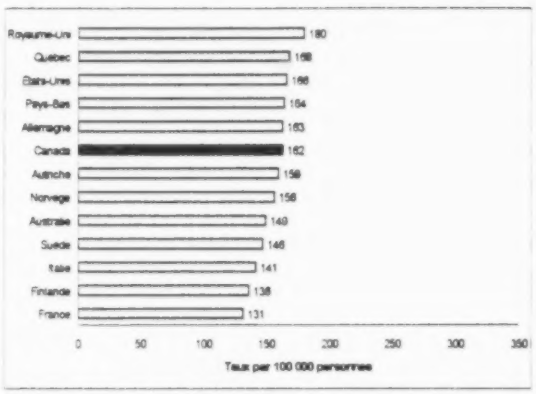
attribuable en grande partie aux taux très élevés de mortalité par cancer du poumon chez les deux sexes.

Taux comparatifs de mortalité par tumeur maligne, selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



Femmes



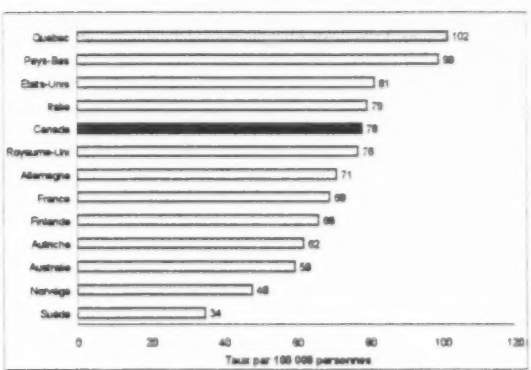
Source : Organisation mondiale de la santé; compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

Les femmes québécoises ont connu la plus forte hausse de mortalité par cancer du poumon de l'ensemble des pays industrialisés

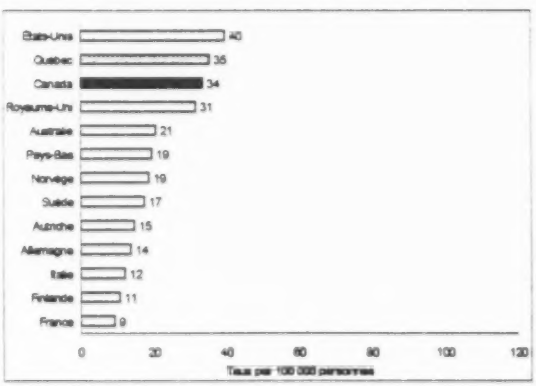
Les hommes québécois présentent une mortalité trois fois supérieure à celle des Suédois qui ont le meilleur taux tandis que les Québécoises présentent une mortalité par cancer du poumon quatre fois supérieure à celle des Françaises, qui affichent le plus bas taux. D'ailleurs, ce sont les Québécoises qui, au cours des dernières années, ont connu la progression la plus importante de leur mortalité par cancer du poumon parmi tous les pays industrialisés. Les Québécoises sont d'ailleurs en tête de liste pour les taux d'années potentielles de vie perdues associées au cancer du poumon. Les hommes quant à eux arrivent au deuxième rang, après les Français, qui sont aussi de gros fumeurs.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



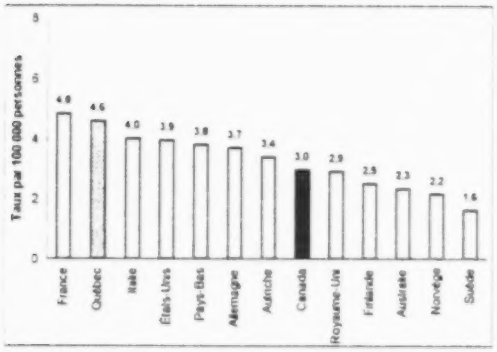
Femmes



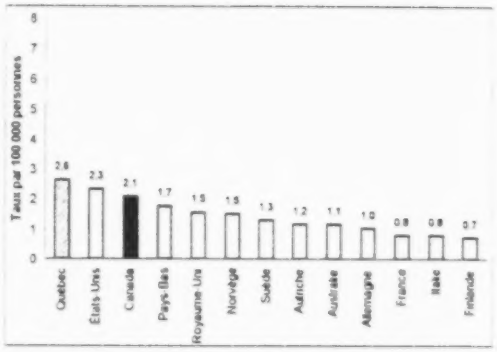
Source : Organisation mondiale de la santé; compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

Taux comparatifs d'APVP avant 70 ans,
par cancer de la trachée, des bronches et du poumon,
par 100 000 personnes, selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000

Les hauts taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes et chez les femmes et l'augmentation fulgurante de ce cancer chez les Québécoises sont associés à l'usage du tabac ainsi qu'à l'évolution de ce phénomène au cours des dernières décennies. Les femmes ont commencé à fumer plus tard que les hommes, ce qui explique le décalage entre leur taux et celui des hommes. C'est pourquoi la progression de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes devrait se poursuivre au cours des prochaines années. Il n'est pas sûr que l'on observe chez les femmes un déclin de la mortalité par cancer du poumon ainsi qu'on le constate depuis quelques années chez les hommes, en raison de la hausse de la consommation du tabac chez les jeunes depuis le début des années 1990, notamment chez les jeunes femmes, et du grand nombre de femmes qui continuent à fumer.

Toujours par comparaison avec les autres pays, tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de mortalité par cancer du côlon et du rectum sont également très élevés chez les Québécois ; cette situation est le reflet de notre alimentation à faible teneur en fibres. Pour les cancers de la prostate et du sein, les Québécois se situent dans la moyenne des pays industrialisés.

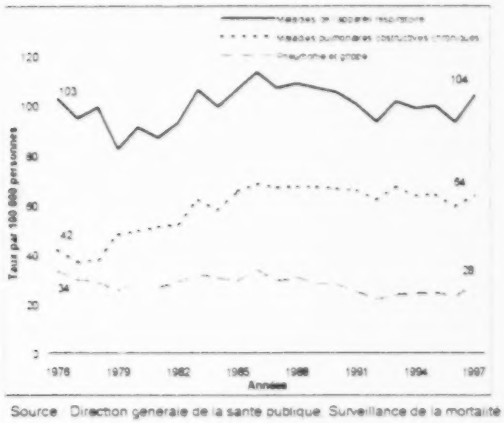
LES MALADIES RESPIRATOIRES

Une baisse globale de la mortalité par maladies respiratoires et une augmentation de la mortalité par bronchite et emphysème

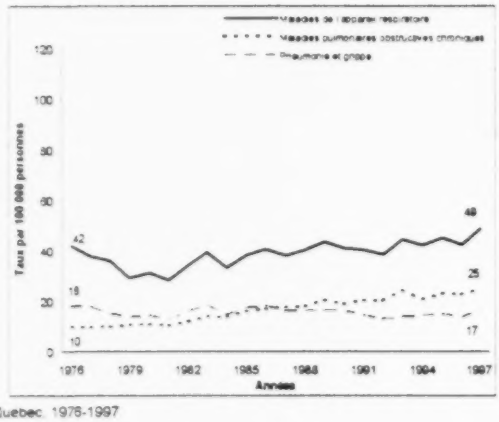
Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au troisième rang parmi les causes de mortalité avec 5 133 décès en 1997, soit un taux de mortalité de 68,3 par 100 000 personnes. Ce taux indique deux tendances contraires : les maladies pulmonaires obstructives chroniques en hausse constante et les pneumonies et grippes en diminution jusqu'à tout récemment. Parmi les maladies respiratoires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (bronchite, bronchite chronique, emphysème et asthme) sont à l'origine du plus grand nombre de décès avec 2 900 cas en 1997. Les taux de mortalité liés à cette cause sont 2,5 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques ont augmenté de 52 % chez les hommes et de 150 % chez les femmes depuis vingt ans. Chez les hommes, le taux est passé de 42,0 par 100 000 personnes en 1976 à 63,8 en 1997 et chez les femmes de 9,8 à 24,9. Cette hausse est attribuable surtout à l'usage du tabac.

Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, Québec, 1976-1997

Hommes



Femmes



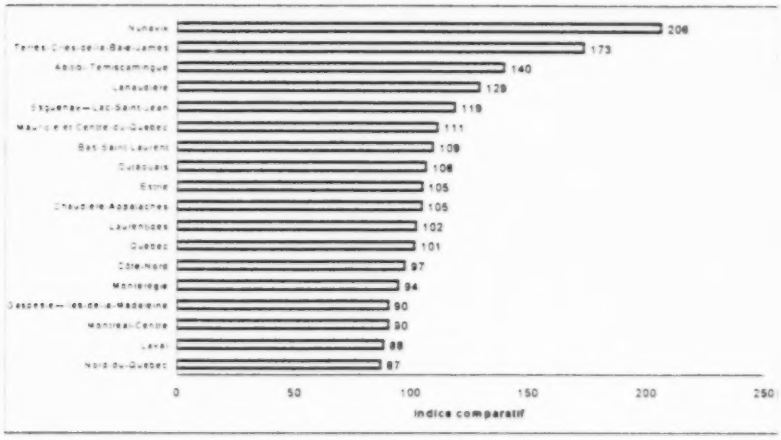
Source : Direction générale de la santé publique. Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Le taux comparatif de mortalité par pneumonie et grippe semble de nouveau à la hausse après avoir connu une baisse depuis la fin des années 1980. Les données de mortalité provisoires de 1998 confirment cette tendance. La plupart de ces décès surviennent chez des personnes de plus de 65 ans, mais les taux les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 85 ans et plus.

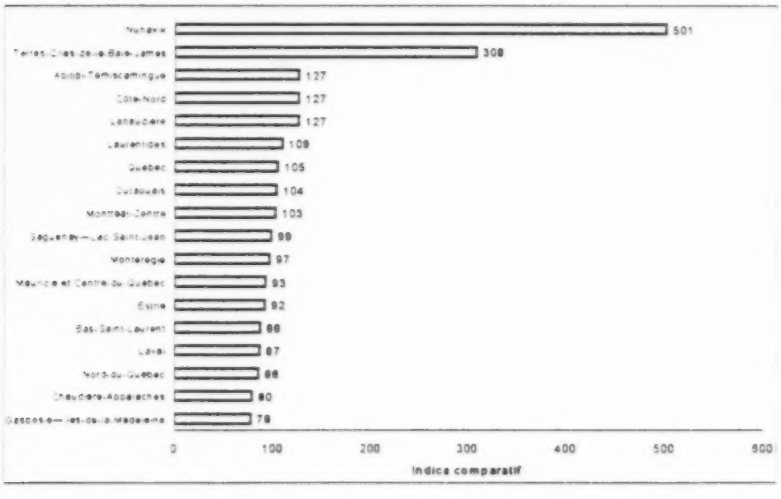
Une surmortalité importante dans les régions du nord du Québec

L'examen des disparités régionales de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire permet de désigner six régions ayant une surmortalité significative chez les hommes : Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, Saguenay—Lac-Saint-Jean et Mauricie et Centre-du-Québec. Chez les femmes, ce sont les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de Lanaudière qui présentent des indices de mortalité significativement supérieurs à celui de l'ensemble du Québec.

Indice de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, selon les régions sociosanitaires, chez les hommes, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Indice de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, selon les régions sociosanitaires, chez les femmes, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1978-1997

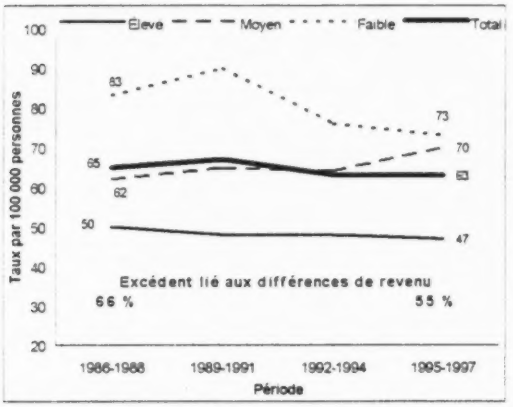
Les personnes à faible revenu ont des taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire nettement supérieurs à ceux du reste de la population

L'analyse des disparités socio-économiques observées dans la région de Montréal-Centre met en évidence, comme pour d'autres causes de mortalité, le lien entre le niveau de revenu et la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire. En effet, chez les hommes, l'excédent lié aux différences de revenu est de 55 % entre le tiers de la population dont le revenu est plus faible et celui dont le revenu est le plus élevé pour la période 1995-1997. Pour toutes les périodes étudiées depuis 1986, les écarts sont demeurés très élevés. Des écarts sont également observés chez les femmes (32 % pour les périodes 1986-1988 et 1995-1997).

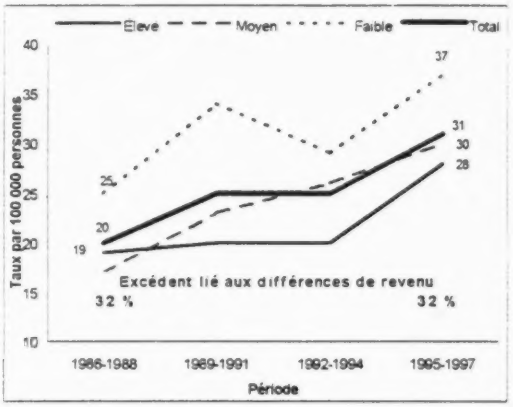
écarts sont également observés chez les femmes (32 % pour les périodes 1986-1988 et 1995-1997).

Taux comparatifs de mortalité par maladies pulmonaires en fonction des tertiles de revenu, Montréal-Centre, 1986-1997

Hommes



Femmes

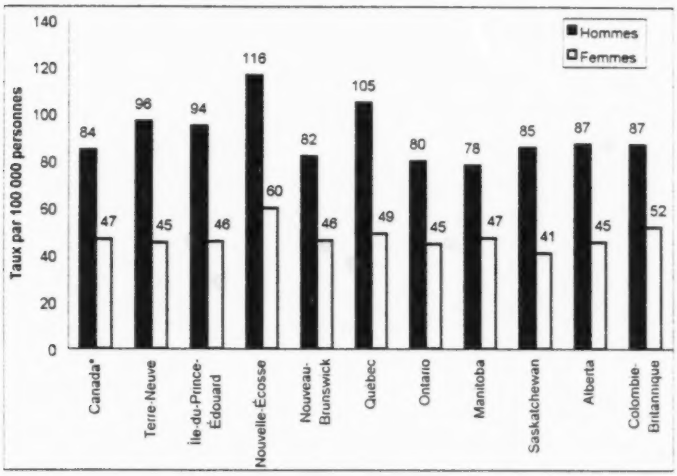


Source : Robert Choinière, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000. www.santepub-mtl.qc.ca

Le Québec présente avec la Nouvelle-Écosse les taux les plus élevés de mortalité par maladies respiratoires

Tout comme pour les cancers, les Québécois affichent une mortalité très élevée par maladies de l'appareil respiratoire. Chez les hommes, après la Nouvelle-Écosse, c'est au Québec qu'on observe les taux les plus élevés. Chez les femmes, les Québécoises se classent au troisième rang après la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique. Cette mauvaise performance des Québécois pour la mortalité par maladies respiratoires s'explique par la mortalité par emphysème, bronchite et asthme pour laquelle le Québec présente les plus hauts taux au Canada. Ces résultats étaient prévisibles dans la mesure où le principal facteur de risque des maladies pulmonaires obstructives est le tabagisme.

Taux de mortalité comparatifs, par 100 000 personnes, par maladies de l'appareil respiratoire, selon les provinces du Canada, 1997



* Excluant le Québec.
Source : Statistique Canada, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

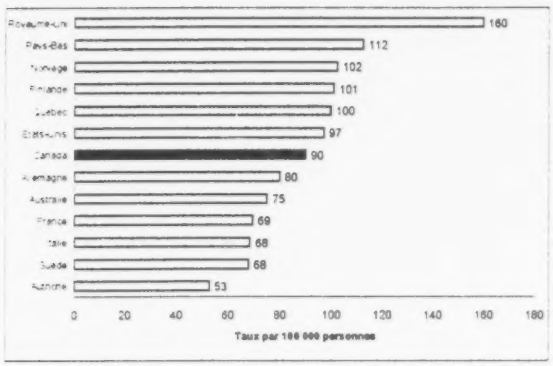
Dans tous les pays industrialisés, la mortalité masculine par maladies respiratoires est deux fois supérieure à celle des femmes

Lorsqu'on compare les taux de mortalité par maladies respiratoires des Québécois à ceux des pays industrialisés, les hommes et les femmes du Québec présentent des taux presque deux fois plus élevés que ceux de l'Autriche, qui affiche la meilleure performance chez les deux sexes. Un fait à noter, dans la majorité des pays industrialisés, le taux de mortalité par maladies respiratoires des hommes est deux fois supérieur à celui des femmes, reflet surtout d'un plus grand usage du tabac chez les hommes pendant de nombreuses années.

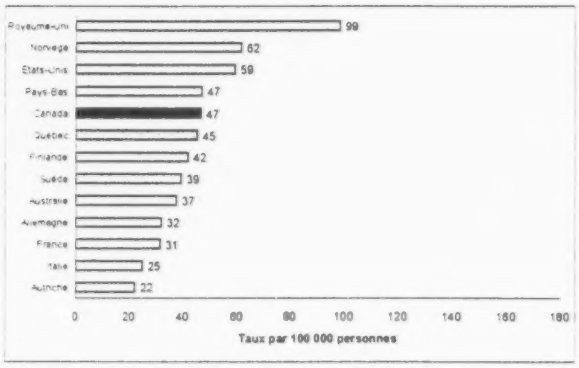
En ce qui concerne les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les hommes québécois affichent les taux les plus élevés, avec ceux des Pays-Bas. Chez les femmes, l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis présentent des taux plus élevés qu'au Québec, mais les Québécoises ont un risque de décès par maladies pulmonaires obstructives chroniques près de trois fois plus élevé que les Finlandaises, qui affichent le meilleur taux.

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



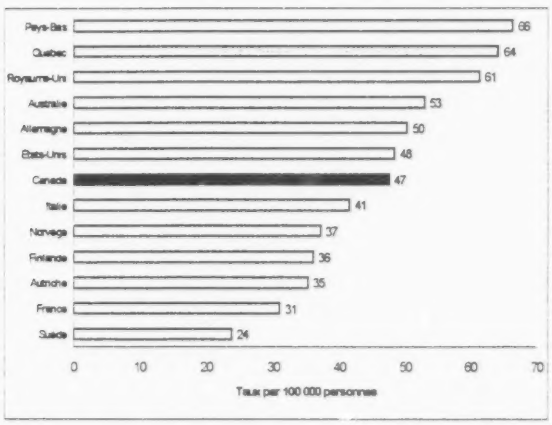
Femmes



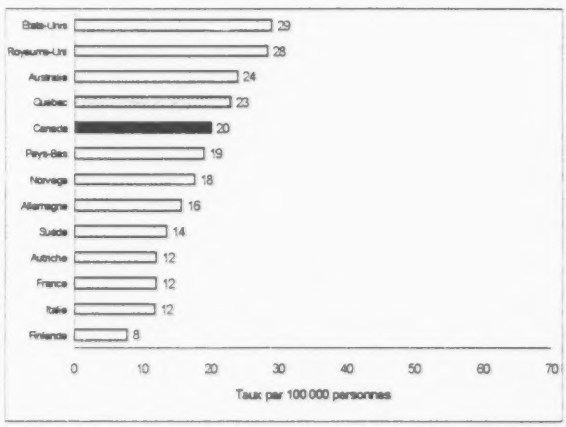
Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

Taux comparatifs de mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

LES BLESSURES ET INTOXICATIONS

La majorité des décès par blessures et intoxications surviennent avant l'âge de 50 ans

Les blessures et les intoxications sont à l'origine de 3 536 décès en 1997, dont les deux tiers concernent les hommes. Contrairement aux autres causes de mortalité, une proportion importante de ces décès surviennent avant l'âge de 50 ans.

Les intoxications et blessures entraînent plus de 380 000 journées d'hospitalisation par année

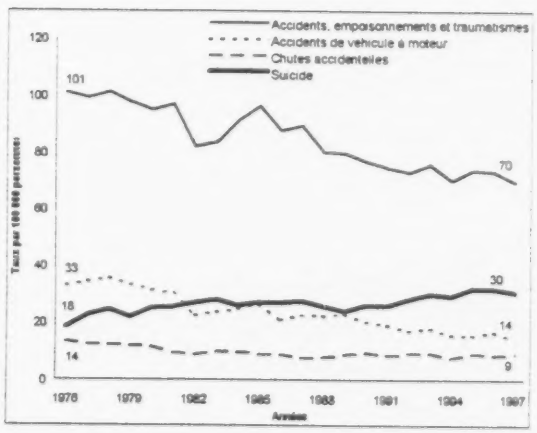
Sur l'ensemble des journées d'hospitalisation associées à des intoxications et à des blessures (390 000) en 1998, près du tiers concernent des femmes de 75 ans et plus (28 %), souvent à la suite d'une perte d'équilibre associée à la consommation de médicaments. La durée moyenne de séjour pour ces dernières est de quinze jours. Les hommes de 25 à 64 ans représentent l'autre groupe pour qui le nombre de journées d'hospitalisation est le plus élevé (23 % des hospitalisations). Cependant, contrairement aux personnes âgées, leur durée moyenne de séjour à l'hôpital est de cinq à six jours.

La mortalité par accident de véhicule à moteur a diminué de moitié tandis que la mortalité par suicide a augmenté d'autant

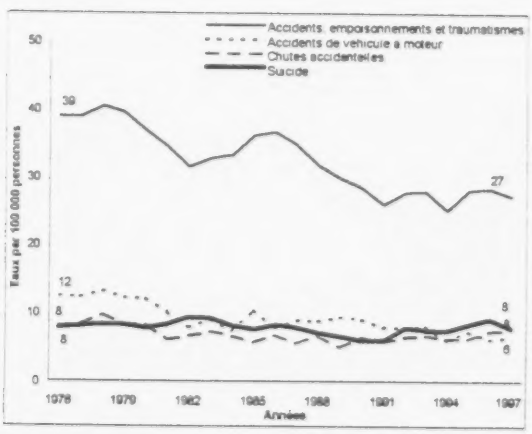
Au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité par blessures et intoxications ont diminué de 30 %, passant de 68,8 par 100 000 personnes en 1976 à 48,0 en 1997. Ces gains sont surtout attribuables à la baisse de la mortalité par accident de véhicule à moteur qui a diminué de moitié grâce aux efforts investis en matière de prévention, malgré une augmentation des kilomètres parcourus et du parc automobile. Pour la même période, les taux de suicide, par contre, ont augmenté de près de 50 %, passant de 12,9 par 100 000 personnes en 1976 à 18,9 en 1997. Cette augmentation des taux de suicide est due à la progression des suicides chez les hommes, taux qui est passé de 18,5 par 100 000 personnes en 1976 à 30,4 en 1997, soit une augmentation de près de 65 %. Cette hausse spectaculaire s'est produite surtout chez les hommes de moins de 50 ans.

Évolution du taux comparatif de mortalité par blessures et intoxications, Québec, 1976-1997

Hommes



Femmes

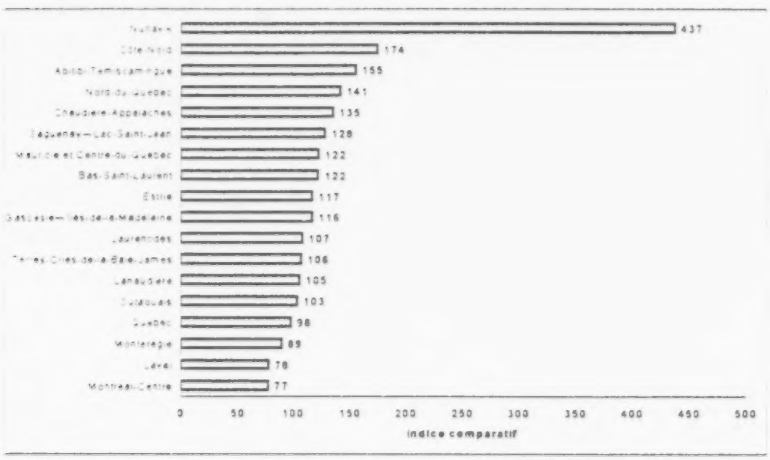


Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1978-1997

Même si la proportion des décès par chutes accidentelles est faible dans l'ensemble des décès par blessures et intoxications, cette cause de mortalité mérite notre attention en raison des groupes d'âge qu'elle touche, majoritairement des personnes de plus de 80 ans ayant subi une fracture de la hanche. De 1976 jusqu'à la fin des années 1980, la mortalité par chutes accidentelles a diminué progressivement pour ensuite connaître une propension à la hausse qui persiste. Si cette tendance se maintient, et compte tenu de l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population, cette cause de décès aura de plus en plus de poids dans la mortalité accidentelle.

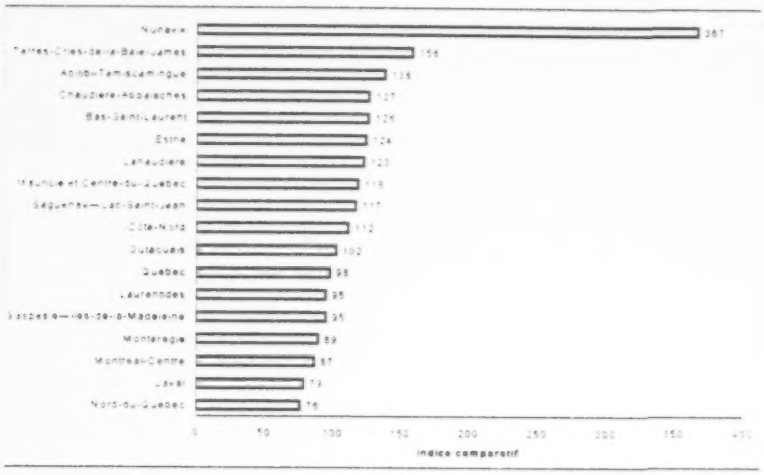
Chez les hommes, au total onze régions enregistrent des taux de mortalité par accidents, empoisonnements et traumatismes significativement supérieurs à la valeur de l'ensemble du Québec : Nunavik, Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent, Estrie, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Montérégie et Laval. La région de Montréal présente le plus faible taux de mortalité par blessures et intoxications.

Indice de mortalité par blessures et intoxications, selon les régions sociosanitaires, chez les hommes, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

Indice de mortalité par blessures et intoxications, selon les régions sociosanitaires, chez les femmes, Québec, 1993-1997
(ensemble du Québec : égal à 100)



Source : Direction générale de la santé publique, Surveillance de la mortalité au Québec, 1976-1997

À l'exception des régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, des Laurentides et du Nord-du-Québec, le taux de mortalité des hommes et des femmes suit la même tendance par rapport à l'ensemble du Québec.

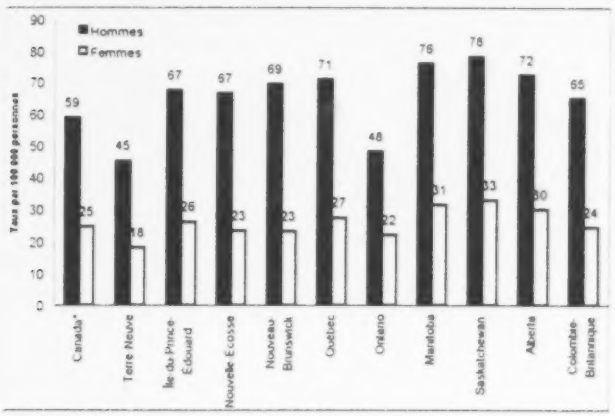
Pour l'ensemble des blessures et intoxications, les taux de mortalité au Québec sont supérieurs à la moyenne observée ailleurs au Canada

Le Québec a encore des gains importants à faire en matière de prévention des traumatismes puisque les taux de mortalité au Québec sont supérieurs à la moyenne observée ailleurs au Canada, tant chez les femmes (8 %) que chez les hommes (20 %). En ce qui a trait des accidents de la route où les gains ont été spectaculaires au cours des deux dernières décennies, le Québec affiche des taux de mortalité supérieurs à la moyenne observée dans le reste du Canada et nettement plus élevés que ceux de l'Ontario.

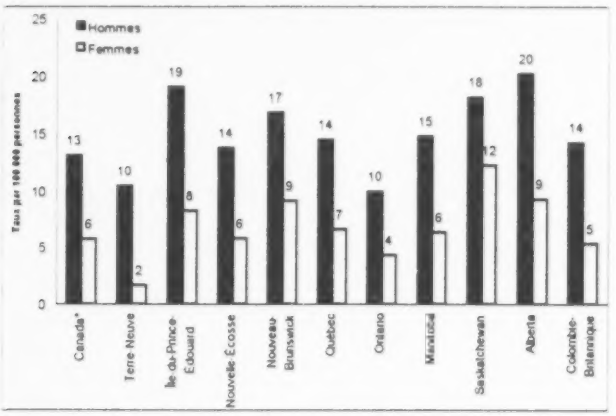
Cependant, c'est avec les décès par suicide que l'on observe les écarts les plus grands avec ceux du reste du Canada. Les taux de mortalité enregistrés chez les hommes et chez les femmes sont presque deux fois plus élevés au Québec qu'ailleurs sur le territoire canadien.

Taux comparatifs de mortalité selon les provinces du Canada, 1997

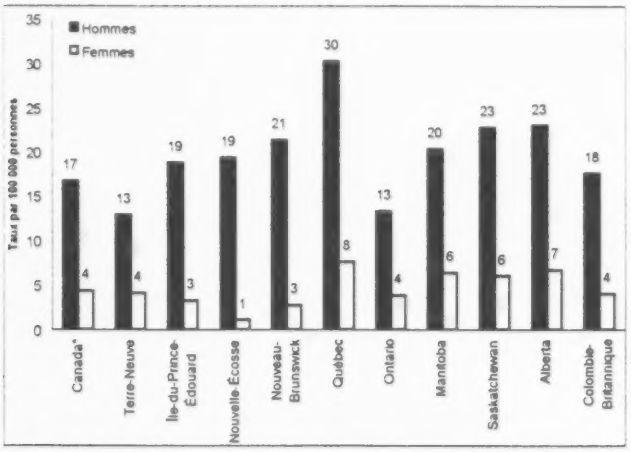
Accidents, empoisonnements et traumatismes



Accidents de véhicule à moteur



Suicides



* Excluant le Québec.

Source : Statistique Canada, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

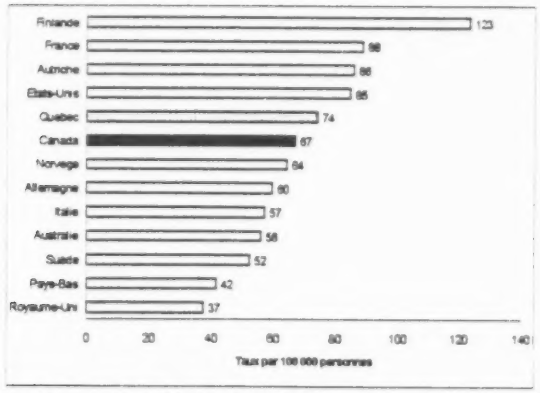
La comparaison des taux de mortalité en fonction des causes spécifiques (accidents de véhicule à moteur, suicides, chutes accidentelles) avec ceux des pays industrialisés met en évidence des performances différentes sur le plan de la mortalité québécoise selon ces causes. Pour les accidents de la route, les hommes québécois présentent une mortalité qui se situe dans la moyenne des pays industrialisés. Cependant, pour ce qui est des années potentielles de vie perdues, ils présentent les plus hauts taux des pays industrialisés sélectionnés. Chez les femmes, après les Américaines et les Françaises, les Québécoises présentent les plus hauts taux de mortalité par accidents de la route. Mais en ce qui concerne les années potentielles de vie perdues, elles se situent au deuxième rang, ce qui traduit une mortalité importante chez les femmes plus jeunes.

Dans l'ensemble des pays, les hommes présentent des taux deux fois supérieurs à ceux des femmes.

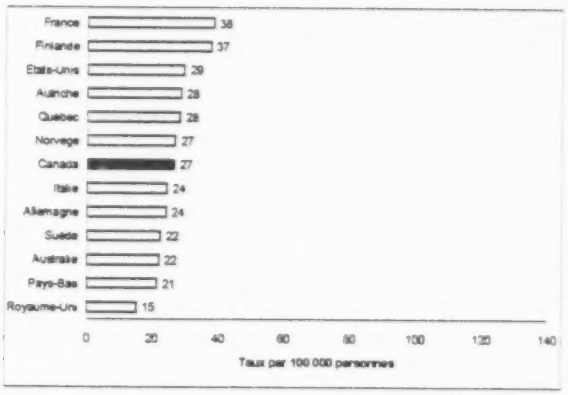
Par comparaison avec certains pays industrialisés, tant chez les hommes que chez les femmes, le Québec présente un des taux de mortalité par chutes accidentelles parmi les plus bas.

Taux comparatifs de mortalité, selon certains pays industrialisés, 1995

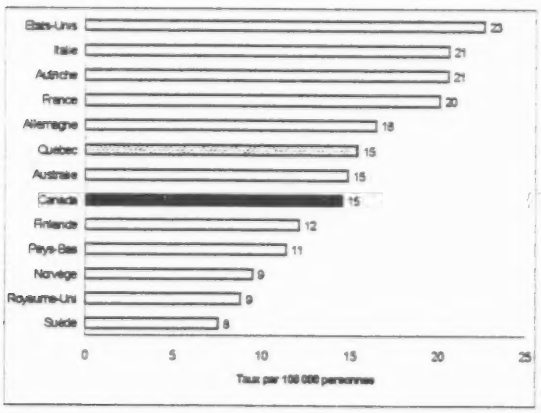
Ensemble des traumatismes
Hommes



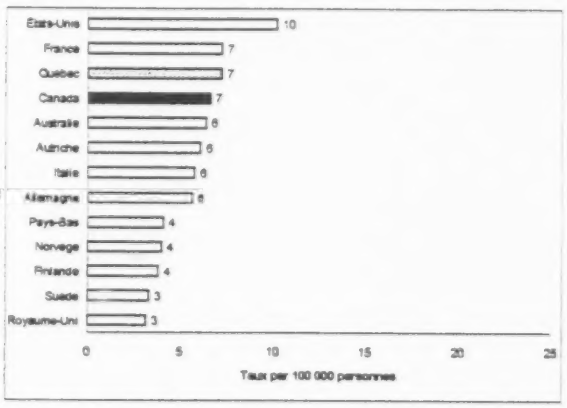
Femmes



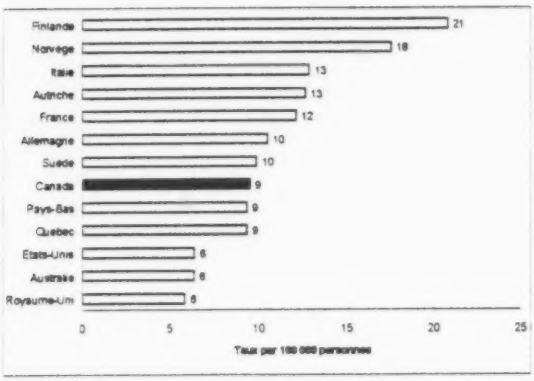
Accidents de véhicule à moteur
Hommes



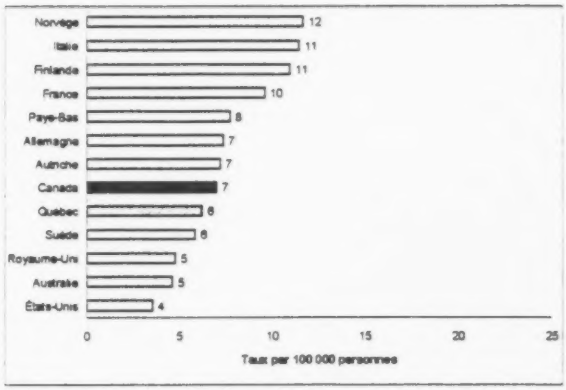
Femmes



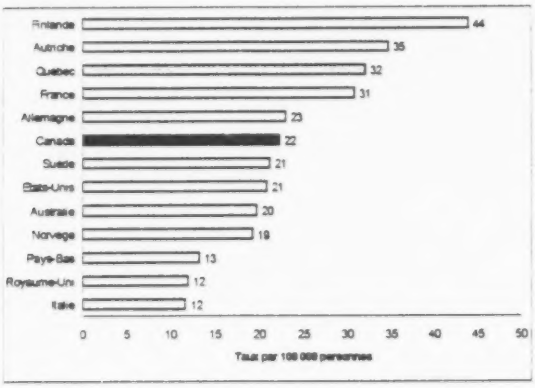
Chutes accidentelles
Hommes



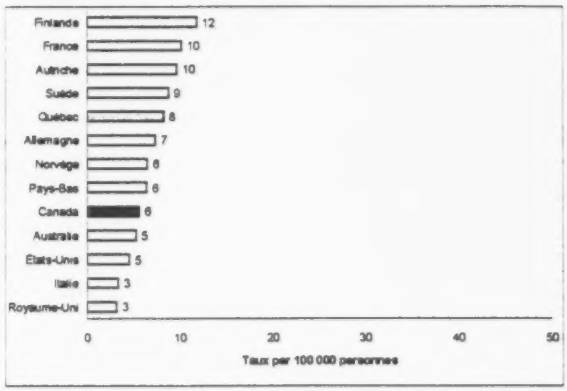
Femmes



Suicides
Hommes



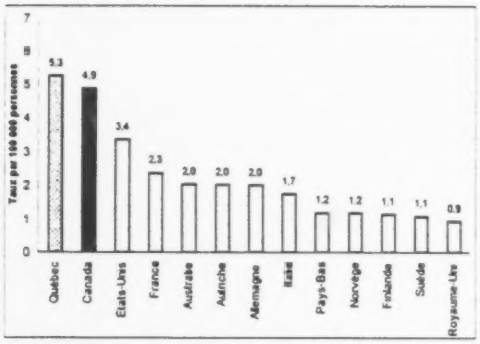
Femmes



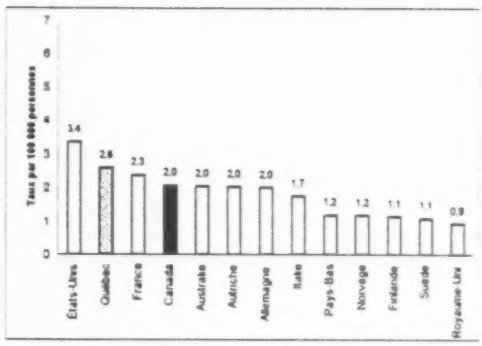
Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

Taux comparatifs d'APVP avant 70 ans,
à la suite d'accidents de véhicule à moteur, par 100 000 personnes,
selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



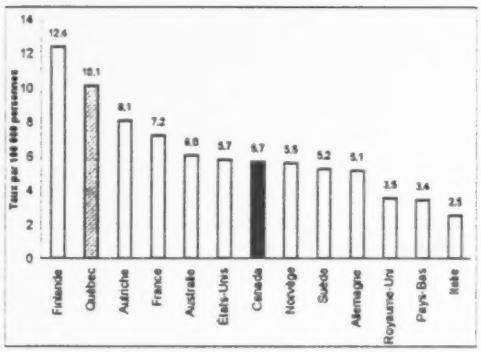
Femmes



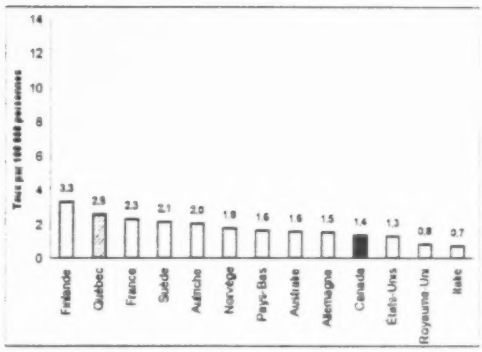
Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

Taux comparatifs d'APVP avant 70 ans,
à la suite de suicides, par 100 000 personnes,
selon certains pays industrialisés, 1995

Hommes



Femmes



Source : Organisation mondiale de la santé, compilation faite par le Bureau de surveillance épidémiologique, février 2000.

Le Québec : un des taux de suicide les plus élevés des pays industrialisés

Les hommes du Québec présentent un des taux de suicide les plus élevés parmi les pays industrialisés. Seules la Finlande et l'Autriche présentent des taux supérieurs à ceux du Québec. Chez les femmes, le Québec présente les plus hauts taux de mortalité après la Finlande, la France, l'Autriche et la Suède. Cependant, pour ce qui est des années potentielles de vie perdues, tant chez les hommes que chez les femmes, le Québec se situe au deuxième rang après la Finlande. La mauvaise performance des Québécoises, en ce qui a trait aux années potentielles de vie perdues, signifie que les Québécoises se suicident plus jeunes comparativement aux femmes des autres pays. D'ailleurs, dans la majorité des pays européens les taux de suicide augmentent avec l'âge, alors qu'au Québec les taux les plus élevés sont observés chez les personnes de moins de 50 ans.

Implications

Le Québec a connu des améliorations majeures de l'espérance de vie et de la mortalité infantile au cours des vingt dernières années. Cependant, la performance québécoise demeure peu enviable pour ce qui est des décès qui surviennent prématurément, reliés à des maladies et à des blessures évitables par comparaison avec les pays industrialisés et les provinces canadiennes.

L'écart important de six à douze ans d'espérance de vie entre les personnes des milieux favorisés et défavorisés ainsi qu'entre certaines régions est le reflet d'un plus grand risque de mourir prématurément pour chacune des causes majeures de décès. Ce constat implique donc un besoin d'aborder les « déterminants communs » de ce plus grand risque de mourir jeune, pour de trop nombreux Québécois et Québécoises. Par contre, cette nécessité d'aborder les déterminants communs liés notamment aux conditions de vie ne minimise pas le besoin de réduire les facteurs de risque propres à certaines maladies évitables auxquels fait face l'ensemble de la population.

Il est ainsi préoccupant de constater que plus une maladie est étroitement liée au tabagisme, plus la mortalité précoce est grande en comparaison des pays industrialisés et des provinces canadiennes. La hausse vertigineuse des décès liés au tabagisme chez les femmes est d'autant plus inquiétante que celles-ci sont moins nombreuses à cesser de fumer que les hommes et que maintenant plus du tiers des jeunes fument, particulièrement les jeunes femmes.

La réduction du tabagisme s'impose donc, si l'on veut diminuer d'une façon importante des maladies et décès évitables qui surviennent prématurément, et réduire aussi le fardeau de maladies chroniques qui exercent une pression sur le système de soins et minent la santé et la survie de nombreux Québécois.

Le taux élevé de suicides chez les hommes et les femmes du Québec, par rapport aux provinces canadiennes et aux pays industrialisés, est particulièrement préoccupant, d'autant plus que la moitié des suicides surviennent chez des personnes de moins de 50 ans.

Certains déterminants de la santé

L'environnement et les conditions de vie

Les aspects de l'environnement physique, social et économique conditionnent les habitudes et les modes de vie des communautés et des individus qui les composent et sont des facteurs modifiables qui influencent la santé.

Les changements sociaux, économiques, technologiques et environnementaux majeurs et rapides qui vont en s'accentuant influencent tant la composition des familles, que les milieux de vie, l'accès au travail et les caractéristiques du milieu de travail, l'environnement social, écologique et économique. Ces changements nombreux et rapides sont autant de conditions qui exigent une capacité d'adaptation constante des personnes et des familles et influencent directement ou indirectement leur santé. Mentionnons à titre d'exemple l'augmentation du nombre de personnes rapportant un problème d'asthme, du nombre d'hospitalisations et de décès attribuables à cette maladie liée à l'environnement, au Québec comme ailleurs dans les pays industrialisés.

Si des différences dans les conditions de vie sont à l'origine d'une forte proportion des inégalités de santé entre les groupes de la population, mentionnée dans ce portrait de santé des Québécois, l'ensemble de ces facteurs et surtout leur cumul conditionnent le risque de développer une maladie ou une blessure. Ces facteurs conditionnent aussi la probabilité de se remettre ou de guérir plus rapidement d'une maladie ou d'une blessure sans séquelles et aggravent d'autant l'état de santé.

Ainsi, les politiques publiques et les décisions provenant de tous les secteurs de la société influencent la probabilité de grandir et vieillir en santé et, par conséquent, la capacité de contribuer au développement social et économique du Québec.

Le vieil adage qui dit que « tout se joue avant 6 ans » demeure particulièrement pour ce qui est de la capacité de grandir en santé. Par exemple, c'est au cours de la grossesse et des premières années de vie que finissent de se constituer les réseaux nerveux du cerveau, lesquels conditionnent la capacité d'apprendre et de s'adapter. Les conditions de vie, l'alimentation ainsi que les expériences de la petite enfance laissent des traces qui influencent le fonctionnement physique, psychologique et social des adultes de demain.

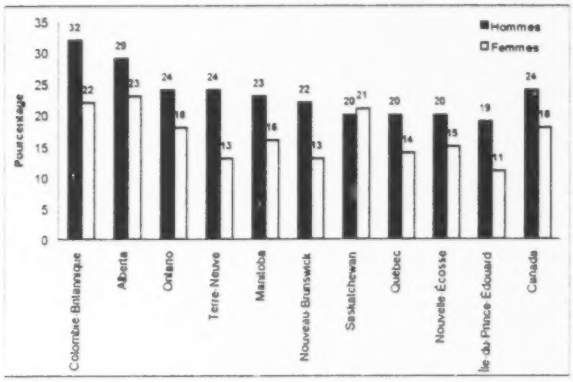
Les habitudes de vie

L'activité physique

L'activité physique est un déterminant majeur de l'état de santé. La pratique régulière d'une activité physique modérée contribue à améliorer l'humeur, l'estime de soi et à réduire la mortalité prématurée, l'obésité, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'ostéoporose.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 menée dans l'ensemble du Canada, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à être actifs (24 % contre 18 %).

Fréquence de l'activité physique, selon la province et le sexe, 12 ans et plus, Canada, 1996-1997



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 2, 1996-1997.

Le Québec (20 %), la Nouvelle-Écosse (20 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (19 %) sont les trois provinces du Canada où la proportion des hommes actifs physiquement dans leurs loisirs est la moins élevée. Chez les femmes, le Québec (14 %) se situe au quatrièmement rang après l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve. C'est dans les provinces de l'Ouest et en Ontario que l'on trouve le plus de personnes de 12 ans et plus suffisamment actives durant les loisirs pour en retirer des bienfaits.

Quand on compare la fréquence de l'activité physique au Québec avec la moyenne canadienne, les Québécois pratiquent en moins grande proportion des loisirs liés à l'activité physique, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce constat est inquiétant car le risque lié à l'inactivité physique va probablement s'accentuer, compte tenu de la tendance observée à la sédentarisation dans l'ensemble des pays industrialisés. On peut penser que le faible pourcentage de Québécois réellement actifs physiquement a déjà un effet sur la prévalence de nombreuses maladies.

L'excès de poids (la surcharge pondérale)

La surcharge pondérale est un facteur associé à la mortalité prématurée. En fait, l'obésité augmente le risque de décès prématuré et de maladie, lequel risque est particulièrement lié à des maladies cardiovasculaires et à certains cancers, à plusieurs affections non mortelles mais débilitantes qui ont des effets négatifs sur la qualité de vie et aggravent certains problèmes de santé. Ces maladies sont principalement les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, les accidents cérébrovasculaires, le diabète sucré, les maladies ostéo-articulaires et quelques cancers. La surcharge pondérale est généralement le résultat d'un manque d'activité physique combiné à un excès de calories dû à un régime alimentaire trop riche en graisses et en sucres.

Indice de masse corporelle (IMC)*, selon l'âge, le sexe (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 20 à 64 ans, Canada, 1996-1997

Province	Poids insuffisant IMC < 20	Poids acceptable IMC = 20 à 24,9	Excès de poids IMC = 25 à 26,9	Poids excessif IMC = 27+
	%	%	%	%
Terre-Neuve	#	39	18	39
Île-du-Prince-Édouard	5	36	21	37
Nouvelle-Écosse	6	38	18	38
Nouveau-Brunswick	5	34	19	42
Québec	10	45	18	27
Ontario	9	44	19	29
Manitoba	6	40	19	35
Saskatchewan	5	36	23	36
Alberta	8	43	20	30
Colombie-Britannique	8	47	19	27

* Poids mesuré en kilogrammes par rapport à la taille en mètres carrés.
# Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, totalisations spéciales.

Les résultats de la dernière enquête sur la santé de la population (Statistique Canada) révèlent que 45 % des Québécois de 20 à 64 ans auraient un poids supérieur au niveau acceptable. Malgré ce pourcentage très élevé, le Québec présente la plus faible proportion de personnes ayant un poids supérieur au niveau acceptable parmi les provinces du Canada. Cette plus faible proportion de Québécois ayant un excès de poids comparativement aux résidants des autres provinces canadiennes est probablement associée au fait que les Québécois sont davantage préoccupés par les gras alimentaires et les fibres et qu'ils prennent davantage de mesures que les autres Canadiens à cet égard.

Préoccupation concernant les gras et les fibres, selon le sexe et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1994-1995

Province	Gras alimentaires	Féculents et fibres alimentaires
	Préoccupé et prend des mesures	Préoccupé et prend des mesures
	%	%
Terre-Neuve	59	23
Île-du-Prince-Édouard	54	24
Nouvelle-Écosse	60	24
Nouveau-Brunswick	56	24
Québec	61	27
Ontario	57	26
Manitoba	58	24
Saskatchewan	53	21
Alberta	59	26
Colombie-Britannique	61	26

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 (Supplément, totalisations spéciales).

La consommation d'alcool

La consommation élevée d'alcool augmente le risque de cirrhose, de certains cancers, d'hypertension, d'accidents cérébrovasculaires et de malformations congénitales. De plus, on sait que la consommation excessive d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux, et qu'elle est à l'origine d'une proportion importante d'accidents de la route, d'accidents de travail, de violence familiale et d'autres blessures.

Type de buveur et quantité d'alcool consommé par semaine, selon l'âge, le sexe et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996-1997

Province	Type de buveur		Nombre de consommations par semaine*			
	Régulier	Abstinent	< 1	1-6	7-13	14 et +
			%			
Terre-Neuve	48	14	28	44	16	11
Île-du-Prince-Édouard	44	11	33	40	17	10
Nouvelle-Écosse	47	13	36	36	17	12
Nouveau-Brunswick	42	13	38	38	13	10
Québec	57	10	32	45	14	9
Ontario	52	14	34	41	16	9
Manitoba	52	13	32	41	17	11
Saskatchewan	54	10	32	45	14	8
Alberta	52	13	32	44	16	9
Colombie-Britannique	56	9	26	46	18	10

* Pourcentage des buveurs réguliers (personnes qui consomment un verre ou plus par mois).

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, totalisations spéciales.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, c'est au Québec qu'on compte le plus de buveurs réguliers, soit 57 % de la population de 12 ans et plus, alors que la

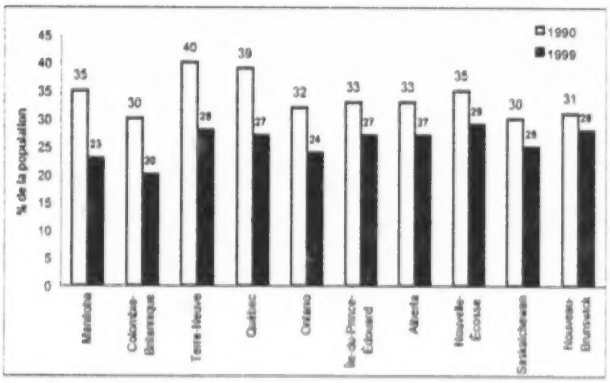
moyenne canadienne est de 53 %. Cependant, après la Saskatchewan, le Québec, avec l'Ontario et l'Alberta, sont les provinces où le nombre de buveurs de plus de 14 consommations par semaine est le moins élevé.

Le tabagisme

Le tabagisme est le facteur de risque à l'origine du plus grand nombre de maladies évitables. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 50 % des personnes qui fument régulièrement mourront à la suite de problèmes associés à leur consommation de produits du tabac et la moitié d'entre eux décèderont avant l'âge de 70 ans. Le tabagisme double le risque des crises cardiaques mais ce risque supplémentaire est grandement réduit dans l'année qui suit la cessation. Il est aussi à l'origine de nombreux cancers (90 % des cancers du poumon), de nombreuses maladies respiratoires et il augmente le risque de faible poids à la naissance, de mort subite du nourrisson, d'allergies et d'autres problèmes de santé.

En 1999, le pourcentage de fumeurs québécois était estimé à 27 %. Selon les données de l'Enquête sur la surveillance de l'usage du tabac, cela constituerait une diminution de 31 % par comparaison avec 1990 où la proportion de fumeurs était estimée à 39 %. Cependant, cette diminution cache deux réalités différentes : une baisse du nombre de fumeurs dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, mais une forte augmentation du nombre de fumeurs chez les jeunes de 15 à 19 ans. On estime que 36 % des jeunes de 15 à 19 ans sont des fumeurs tandis que dans la population des 15 ans et plus, cette proportion est de 27 %.

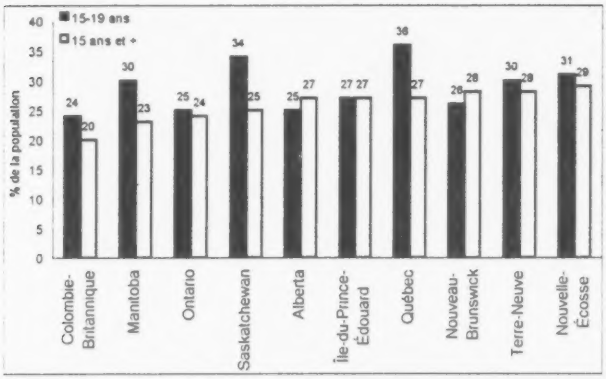
Fumeurs actuels, selon la province, 15 ans et plus, Canada, 1990 et 1999



Source : Enquête promotion santé 1990 et Enquête sur la surveillance de l'usage du tabac au Canada, phase 1, 1999.

Selon les données d'enquête, 35 % des jeunes fumeurs auraient fumé leur première cigarette à l'âge de 12 ans et 80 % avaient déjà fait l'essai de la cigarette à l'âge de 14 ans. Parmi les jeunes fumeurs de 15 à 17 ans, 66 % seraient déjà des fumeurs quotidiens.

Fumeurs actuels, selon la province,
15 à 19 ans, et 15 ans et plus, Canada, 1999



Source : Enquête sur la surveillance de l'usage du tabac au Canada, phase 1, 1999.

Lorsqu'on compare l'usage du tabac au Québec à l'usage du tabac ailleurs au Canada, on constate que la proportion de jeunes fumeurs québécois est un peu plus élevée que la proportion moyenne observée dans l'ensemble du Canada. Le Québec présente la plus forte prévalence de jeunes fumeurs de 15 à 19 ans, parmi les provinces du Canada.

Une enquête québécoise, menée auprès d'étudiants du secondaire, a permis d'estimer à 20 % le nombre de jeunes de cet âge qui sont des fumeurs, auxquels s'ajoutent 11 % des fumeurs débutants ou expérimentateurs. La proportion de fumeurs actuels parmi les jeunes du secondaire est significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons (23 % contre 17 %). Chez les filles, le passage de la 1re à la 2e secondaire correspond à une augmentation marquée de la proportion de fumeuses actuelles de 10 % à 22 %. Chez les garçons, une telle augmentation se fait progressivement de la 1re à la 3e secondaire.

Catégorie de fumeurs selon l'année d'étude

		Non-fumeurs				Fumeurs actuels			
	Pe	Non-fumeurs depuis toujours	Anciens expérimentateurs	Anciens fumeurs	Total (1)	Débutants	Occasionnels	Quotidiens	Total (2)
	'000	%				%			
Total	**443**	**48,0**	**18,6**	**3,0**	**69,6**	**10,5**	**7,9**	**12,0**	**19,9**
1re secondaire	99	65,5	12,4	0,5**	78,4	12,0	4,3*	5,3	9,6
2e secondaire	91	52,9	16,2	1,7**	70,8	12,0	7,2	10,0	17,2
3e secondaire	89	41,9	19,2	4,1	65,2	11,1	8,3	15,3	23,7
4e secondaire	78	42,2	22,5	4,1*	68,8	9,1	7,9	14,2*	22,1*
5e secondaire	85	33,8	24,3	5,4*	63,5	7,8*	12,2	16,5	28,7

(1) Tous les non-fumeurs, soit les non-fumeurs depuis toujours, les anciens expérimentateurs et les anciens fumeurs.
(2) Tous les fumeurs actuels, soit les fumeurs occasionnels et les fumeurs quotidiens.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998.

Les résultats de l'enquête sur l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire et l'Enquête sur la surveillance de l'usage du tabac nous indiquent que l'initiation au tabagisme se fait de plus en plus précocément.

Catégorie de fumeurs

		Non-fumeurs				Fumeurs actuels			
	Pe	Non-fumeurs depuis toujours	Anciens expérimentateurs	Anciens fumeurs	Total (1)	Débutants	Occasionnels	Quotidiens	Total (2)
	'000	%				%			
Total	**443**	**48,0**	**18,6**	**3,0**	**69,6**	**10,5**	**7,9**	**12,0**	**19,9**
Garçons	225	50,8	19,3	3,2	73,2	9,5	6,7	10,6	17,3
Filles	218	45,1	17,9	2,9	65,9	11,6	9,1	13,5	22,5

(1) Tous les non-fumeurs, soit les non-fumeurs depuis toujours, les anciens expérimentateurs et les anciens fumeurs.
(2) Tous les fumeurs actuels, soit les fumeurs occasionnels et les fumeurs quotidiens.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998

Implications

La littérature est très explicite sur le rôle déterminant que jouent l'environnement physique, social et économique ainsi que les habitudes et le contexte de vie sur la santé. Bien sûr, de nombreux progrès ont été réalisés au cours des dernières années grâce à des changements de comportements liés à certains déterminants de la santé. La réduction de 50 % des accidents de la route est attribuable, notamment, au port accru de la ceinture de sécurité et à la baisse de la conduite en état d'ébriété. Les comparaisons canadiennes permettent de constater que les Québécois se préoccupent de leur alimentation davantage que les autres Canadiens et qu'ils sont proportionnellement un peu moins nombreux à avoir un excès de poids.

Par contre, les données comparatives permettent également de réaliser que malheureusement c'est encore au Québec et à Terre-Neuve que l'on fume le plus, et que l'usage du tabac est plus élevé chez les jeunes que dans le reste de la population. D'ailleurs, les statistiques québécoises sur le cancer du poumon, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les infarctus illustrent très bien les effets de cette consommation importante du tabac dans la population québécoise et la situation perdurera à moins que des mesures importantes soient prises pour favoriser la réduction du tabagisme, en particulier chez les jeunes.

Un des constats qui se dégagent de l'ensemble de ces données sur les déterminants de la santé est que les jeunes n'ont pas nécessairement de bonnes habitudes de vie en ce qui a trait à l'usage du tabac et à l'exercice physique. Ces résultats sont inquiétants, surtout lorsqu'on sait que de mauvaises habitudes de vie risquent d'hypothéquer la santé des jeunes, de réduire de plusieurs années leur espérance de vie, et d'augmenter d'autant les besoins de soins et services lorsqu'ils seront adultes.

Les services de santé comme déterminant de la santé

Le système de santé remplit deux grandes fonctions dans nos sociétés. Premièrement, il est responsable de rendre accessibles les traitements et les soins aux personnes malades, à celles qui viennent de subir une blessure, à celles encore qui sont affligées par une limitation d'activité ou qui sont en détresse. Le système de soins offre ici la sécurité aux personnes, la garantie qu'elles recevront le meilleur traitement, les meilleurs soins, selon les standards reconnus. *C'est la partie la plus visible, la plus sensible* du système, celle qui retient l'attention le plus souvent : il y a là un caractère d'urgence, parce que la qualité de vie et même la survie des personnes sont en jeu.

Deuxièmement, le système de santé et de services sociaux exerce une responsabilité en prévention et en promotion de la santé (lutte contre le tabagisme, prévention des accidents, des risques environnementaux, etc.) qu'il partage avec d'autres secteurs, ainsi que dans le soutien aux personnes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées en perte d'autonomie). Cette responsabilité du système de santé est moins visible. Pourtant, elle n'en est pas moins essentielle. En effet, si comme collectivité nous choisissions d'investir essentiellement dans le traitement et l'urgence, sans considérer les mesures de prévention et les mesures de soutien aux personnes vulnérables, les pressions seraient telles sur les services spécialisés que nous devrions y investir encore beaucoup plus de ressources qu'aujourd'hui.

La meilleure illustration de ce phénomène nous est fournie par le problème récurrent des salles d'urgence que nous vivons actuellement au Québec. En effet, on sait que la principale cause de l'engorgement périodique des salles d'urgence est l'augmentation des visites et des séjours des personnes de 75 ans et plus; celles-ci se partagent 56 % des visites supplémentaires dénombrées de 1994-1995 à 1998-1999. Quelle solution s'offre donc à nous ? À court terme - nous n'avons pas vraiment le choix -, il nous faut investir davantage dans les urgences. À moyen terme, il faut d'abord proposer des moyens de prévenir les détériorations et les maladies évitables les plus fréquentes, qui sont à l'origine de ces augmentations de besoins d'hospitalisation, en se basant sur les données probantes existantes ; il faut de plus évaluer les expériences prometteuses et susciter les recherches pour améliorer nos connaissances en cette matière. Il nous faut ainsi certainement améliorer les services de base aux personnes âgées en perte d'autonomie, les services dits « légers », offrir aux personnes plus vulnérables, dans leur milieu, des solutions et une continuité de soins qui correspondent davantage à leurs besoins et qui coûtent moins cher à l'État et à la collectivité. Il nous faut aussi développer davantage notre capacité d'aider les aînés à vieillir en santé en participant à la vie de leur communauté, et soutenir leurs proches.

Cette approche de gestion préventive du continuum de services pourrait viser les maladies qui entraînent une incapacité ou qui sont à l'origine d'une demande récurrente importante de soins (cancer, diabète, insuffisance cardiaque, asthme, maladies respiratoires chroniques, pneumonies et influenza, par exemple), comme nous y invite le programme de lutte contre le cancer. Si nous n'empruntons pas cette voie, nous sommes condamnés à devoir développer toujours davantage nos services d'urgence et nos services spécialisés. Le résultat serait désastreux, à moyen terme, pour les finances publiques et pour la qualité de vie des personnes en cause.

Un autre exemple nous est fourni par le taux de mortalité par cancer du poumon, pour lequel le Québec affiche le pire résultat au Canada. En fait, ce n'est pas tellement la qualité des services de traitement qui est en cause, car ces services sont comparables à ceux des provinces voisines. Cette situation découle plutôt du fait que, jusqu'à une époque relativement récente et pendant plusieurs décennies, les Québécois se classaient parmi les plus grands fumeurs au monde. Les services spécialisés « curatifs » doivent aujourd'hui en assumer les conséquences.

Ces simples illustrations montrent bien que nous ne pouvons pas aborder uniquement les besoins de traitements et de soins en oubliant les besoins de prévention et de soutien aux personnes. Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, nous devons agir sur ces deux plans. L'attention que nous devons mettre aujourd'hui sur les services spécialisés ne doit pas nous faire perdre de vue cette évidence.

La performance d'un système de santé se mesure en fonction de ce qui peut être réalisé compte tenu des ressources consacrées à la santé, comme l'illustre une réflexion récente de l'OMS sur les tendances et enjeux de la santé dans le monde. Ainsi, des pays dont le niveau de ressources est comparable obtiennent des résultats sensiblement différents.

En d'autres termes, selon l'analyse de l'OMS, des pays qui dépensent autant que d'autres parviennent à des niveaux supérieurs de santé, de capacité de réaction et de financement équitable, en utilisant différemment les quatre fonctions clés de chaque système de santé : l'intendance, le financement, la fourniture de services et la production de ressources. La définition de fourniture de services inclut les services et interventions de prévention, de promotion et de protection de la santé, au même titre que les soins aux malades.

La performance d'un système de santé résulte donc de sa capacité optimale de réaction, de l'équité de son financement et de l'état de santé de tous les groupes de la population.

Autres documents déjà publiés et disponibles à la section **documentation** sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est: **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-4F